Wiadomości Terapeutyczne

Nr. 1

1935

ADALIN



POWSZECHNIE ZNANY ŚRODEK NASENNY

Szybkie zasypianie, wzmacniający sen, budzenie się z uczuciem świeżości i wypoczynku.

Nieszkodliwy również dla dzieci, ciężko chorych, kobiet podczas ciąży oraz przy chorobach starczych.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

małe opakowania po	*6 tabl.*	*à 0,5 g*
rurki	*„ 10*	*„*	*„ 0.5 „*
„	*„ 20*	*„*	*„ 0,5 „*

BAYER

»Bayer«

LEVERKUSEN n/R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:

Dom Agenturowy „REMEDIA"

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5.

TREŚĆ:

NOTATKI TERAPEUTYCZNE:

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK

STYCZEŃ—LUTY

ROK VII 1935 NUMER 1

Prof. dr. H. STURSBERG, Szpital Św. Jana w Bonn.

NIEBEZPIECZEŃSTWA I SZKODLIWOSCI ZWIĄZANE Z WSTRZYKIWANIAMI DOMIĘŚNIOWEMI.

(Referat według Fortschr. Ther. 1934, Nr. 5).

Preparaty naparstnicowe, rtęciowe i niektóre inne nie nadają się do wstrzykiwań podskórnych, gdyż mocno drażnią tkankę podskórną i mogą nawet wywoływać objawy martwicy; tkanka natomiast mięśniowa znosi wstrzykiwania tych preparatów bardzo dobrze. Jednakże również i tkanka mięśniowa nie posiada nieograniczonej tolerancji w stosunku do środków leczniczych. Tak np. nie nadają się do wstrzykiwań domięśniowych te leki (np. Salvarsan), których wprowadzenie do ustroju jest dopuszczalne jedynie w stanie znacznego rozcieńczenia, mięśnie bowiem nie mogą wchłaniać wielkiej ilości płynów.

Jako miejsca wstrzykiwań domięśniowych wchodzą w rachubę jedynie nieliczne grupy mięśniowe; mięśnie ramieniowe i podudzi wogóle do wstrzykiwań się nie nadają. Długie i zasadniczo silne mięśnie grzbietowe nie są u obłożnie chorych miejscem odpowiedniem do wstrzykiwań, gdyż ewentualne, nigdy niedające się przewidzieć podrażnienie byłoby dla chorego szczególnie przykre. Najlepiej nadają się do wstrzykiwań mięśnie pośladkowe; wyjątkowo można w tym celu wykorzystać również i mięśnie strony zewnętrznej uda. Przy wstrzykiwaniu dopośladkowem należy zawsze zwracać baczną uwagę, aby nie uszkodzić pni nerwowych (nerw kulszowy!) lub naczyń krwionośnych.

Najlepiej dokonywać wstrzykiwań dopośladkowych w pozycji stojącej chorego. Ujmujemy odnośną połowę pośladka przy zupełnie zwiotczałych mięśniach lewą ręką, ściskamy mocno, aby wał uwypuklił się wyraźnie i jednocześnie napinamy w ten sposób skórę. Wskazanem jest bardzo szybkie wkłuwanie igły. Nie należy wybierać dla nakłucia miejsca położonego zbyt nisko, aby ewentualnie powstałe nacieczenie nie utrudniało siedzenia.

Najlepiej nadaje się do wstrzykiwań okolica średniego mięśnia pośladkowego poniżej grzebienia kości biodrowej, gdyż przebiega tam mało nerwów i naczyń.

W okolicę tę można wstrzykiwać również i w pozycji leżącej. Wymacujemy grzebień kości biodrowej i określamy położenie środkowej linji łopatkowej, która przechodzi mniej więcej pośrodku bocznej okolicy pośladkowej. Najodpowiedniejsze miejsce do nakłucia znajduje się na dwa poprzeczne palce poniżej grzebienia kości biodrowej na tej właśnie linji oraz nieco ku przodowi lub ku tyłowi. U ludzi z niewielką podściółką tłuszczową i słabo rozwiniętemi mięśniami ostrze igły natrafia czasem przy szybkiem wkłuwaniu na kość biodrową. Przy stwierdzeniu uderzenia igły o kość należy igłę nieco cofnąć, aby zamiast do mięśni nie wstrzyknąć pod okostnę.

Do zewnętrznych mięśni udowych wolno wstrzykiwać jedynie niewielkie ilości rozpuszczalnych leków, przyczem igłę wkłuwa się pod kątem, który zależnie od grubości tkanek pokrywających mięsień powinien się wahać między 45 — 90°. Wobec tego, że grubość tych tkanek możemy ocenić jedynie w przybliżeniu i ocena ta zwłaszcza przy obfitej podściółce tłuszczowej jest bardzo trudna, zachodzi niebezpieczeństwo, że przy korzystaniu ze zbyt krótkiej igły można nie dosięgnąć do mięśnia; z powyższych względów wstrzykiwania do mięśni udowych powinien wykonywać tylko lekarz. Obecność obrzęków na pośladkach i udach uniemożliwia już zupełnie wszelką dokładniejszą ocenę głębokości, do której należy wkłuć igłę, aby przeniknąć w mięsień; następnym czynnikiem, który jeszcze bardziej utrudnia orjentację, jest zanik mięśni wskutek długotrwałej choroby. W razie obecności obrzęków należy się również liczyć ze zmniejszeniem odporności mięśni i tkanki podskórnej w stosunku do drażniących roztworów, które ponadto przy niedomodze krążenia wchłaniają się wolniej niż zwykle. *Hillenbrand* (Münch. Med. Wschr. 1931, Nr. 11) opisał 3 przypadki głębokiej martwicy po „domięśniowych" wstrzykiwaniach Salyrganu. *Stursberg* ostrzega wobec tego przed domięśniowem wstrzykiwaniem drażniących roztworów przy obecności dużych obrzęków. Najlepiej wstrzykiwać wówczas dożylnie. Co się tyczy niedrażniących roztworów, to podskórna tkanka ramion lub górnej części tułowia wchłania je lepiej niż obrzęknięte mięśnie.

Przy częstszem powtarzaniu wstrzykiwań wskazane jest wybierać za każdym razem inne miejsce, gdyż przedmiotowe stwierdzenie wytworzenia się miejscowych zmian tkankowych wskutek poprzedniego wstrzyknięcia niezawsze jest możliwe. Jeżeli po zastosowaniu nierozpuszczalnego preparatu rtęciowego wytworzyło się nacieczenie, należy miejsce wstrzykiwania bezwarunkowo zmienić; powtórzenie wstrzyknięcia w tem samem miejscu grozi niebezpieczeństwem zgorzeli. Nawet postępowanie ściśle lege artis niezawsze jest w stanie uchronić chorego przed silniejszemi bólami, związanemi z wstrzyknięciem. Bóle takie mogą zależeć od przeniknięcia ostrza igły akurat między warstwy mięśniowe w obręb powięzi lub do przegrody łącznotkankowej wewnątrz mięśnia, co może się zdarzyć nawet przy najlepszem opanowaniu techniki wstrzykiwań.

Igła, którą nabieraliśmy roztwór Salyrganu lub preparatu naparstnicowego z ampułki do strzykawki, nie może służyć do wykonania wstrzyknięcia; mniej-

sze znaczenie ma niewielka ilość powietrza w igle lub strzykawce, niż spływanie roztworu po igle przy usuwaniu pęcherzyków powietrza ze strzykawki, gdyż utrzymanie się nawet minimalnych ilości Salyrganu na igle może wywołać w skórze i tkance podskórnej przykre objawy podrażnienia. Z tego względu niektórzy lekarze radzą, aby po wstrzyknięciu drażniących preparatów odłączyć strzykawkę od tkwiącej nadal w mięśniach igły, nabrać do strzykawki nieco roztworu Novocainy lub choćby trochę powietrza, wstrzyknąć je przez pozostawioną igłę i dopiero wówczas ją wyjąć. Postępowanie to ma na celu oczyszczenie igły od resztek roztworu i niedopuszczenie do przeniknięcia ich do innych tkanek podczas wyciągania igły. Dla uniknięcia dużego niebezpieczeństwa nakłucia naczynia krwionośnego w obficie ukrwionej tkance mięśniowej, należy po wbiciu igły odłączyć strzykawkę lub spróbować wciągnąć tłok, aby sprawdzić, czy nie ukaże się krew. Ostrożność ta jest bezwarunkowo wskazana zwłaszcza przy wstrzykiwaniu roztworów oleistych. Rozumie się następnie samo przez się, że nie wolno zapominać o zasadach ścisłej aseptyki. *Junghans* (D. M. W. 1933, Nr. 22) opisał przypadek zgorzeli gazowej po wstrzyknięciu preparatu naparstnicowego i zestawił z piśmiennictwa 60 podobnych przypadków.

Dr. J. SCHÜLLER, Klinika Ortopedyczna Uniwersytetu w Kolonji.

LECZENIE ZESZTYWNIEŃ STAWOWYCH WYWOŁANYCH ZMIANAMI TOREBKOWEMI LUB OKOŁOSTAWOWEMI ZAPOMOCĄ WSTRZYKIWAŃ DOSTAWOWYCH LUB OKOŁOSTAWOWYCH.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1934 Nr. 20).

Schüller leczy ograniczenia ruchów stawowych, wywołane bliznowaciejącemi sprawami w obrębie torebki stawowej lub tkanek okołostawowych zapomocą wstrzykiwania 20%-owego roztworu Abrodilu. Autor stosuje Abrodil w miarę możliwości wewnątrzstawowo, jeśli zaś to okazuje się niemożliwe lub trudne wskutek zmniejszenia się jamy stawowej, to wstrzykuje preparat okołostawowo. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że wstrzykiwania te nie wywołują w tkankach stawowych żadnych trwałych uszkodzeń. W związku z takiemi wewnątrzstawowemi a także okołostawowemi wstrzykiwaniami dochodzi do wylewu w jamie stawowej. Po 8 dniach wylew ten ustępuje bez śladu. Raz osiągnięta lepsza ruchomość pozostawała następnie na stałe. Skuteczność omawianego leczenia była bardzo dobra, gdyż zaledwie jeden przypadek okazał się zupełnie odporny na leczenie Abrodilem. W trzech przypadkach Periarthritis humeroscapularis staw barkowy odzyskał swą całkowitą ruchomość już po pierwszem wstrzyknięciu, czwarty przypadek tego samego cierpienia wymagał do zupełnego wyleczenia dwóch wstrzykiwań, a w piątym i szóstym

stwierdzono po jednem wstrzyknięciu znaczną poprawę. Przed wstrzyknięciem Abrodilu obstrzykuje się chory staw ½%-owym izotonicznym roztworem Novocainy, poczem wstrzykuje się dostawowo lub okołostawowo do 20 cm^3 20%-owego roztworu Abrodilu. Natychmiast po wstrzyknięciu zakłada się przylepiec w możliwie jaknajwiększem uniesieniu i rotacji na zewnątrz. W ciągu pierwszych trzech dni chorzy powinni pozostawać w łóżku, unikając wszelkich ruchów w zajętym stawie. Następnie przechodzimy do stosowania czynnych i biernych ćwiczeń ruchowych i masażu tkanek otaczających staw. W ciągu dalszych 8 — 10 dni przylepiec w dzień zdejmujemy i zakładamy go już tylko na noc. Leczenie ma na celu osiągnięcie dostatecznego osmotycznego podrażnienia tkanek („zapalenie chemiczne"), jednak bez wywołania w nich objawów jakiegokolwiek poważniejszego uszkodzenia.

Dr. WÜRTH.

LECZENIE BRAKU APETYTU.

(Referat według Inform. terap. 1934, Nr. 9).

Większość środków należących do grupy „stomachica", jak np. nalewka chinowa, condurango i tak zwane goryczki, wykazują pewien wpływ na łaknienie. Od prawdziwego jednak środka „żołądkowego" należałoby wymagać nietylko pobudzenia apetytu, lecz również wzmożenia i przyspieszenia czynności trawiennej żołądka. Do czasu wprowadzenia przez *Penzoldta* Orexiny do lecznictwa, nie mieliśmy żadnego pewnego środka, nadającego się do stosowania w znakomitej większości przypadków upośledzenia apetytu. Orexina jest to zasada syntetycznie wytworzona z pochodnych węgla kamiennego, mianowicie fenylo-dwuhydro-chinazolina; odpowiednio do składu chemicznego należy uważać Orexinę za pochodną chinoliny (chinazoliny), co łączy ją pośrednio z tak ważną leczniczo grupą alkaloidów. Początkowo stosowano w praktyce Orexinum hydrochloricum lub basicum; preparaty te okazały się jednak niedostatecznie trwałe i miały niezbyt przyjemny smak, tak że z biegiem czasu zastąpiono je udoskonalonym taninianem Orexiny. Jest to proszek bez zapachu i smaku, rozpuszczający się trudno w wodzie, łatwo natomiast w rozcieńczonych kwasach (np. w 0,5% HCl w soku żołądkowym). Już od wielu lat stosuje się z powodzeniem Orexinę w przypadkach braku apetytu i niestrawności, które powstały nie wskutek organicznych zmian anatomicznych, lecz rozwinęły się na podłożu dyspeptycznem, anemicznem lub neuralgicznem. Działanie Orexiny polega głównie na wywoływaniu miejscowego podrażnienia, które nietylko zwiększa wydzielanie kwasu solnego i poprawia czynność gruczołów żołądkowych, lecz pociąga za sobą również odruchowy odczyn ze strony właściwych ośrodków, które pobudzają w związku z tem czynności ruchowe i wchłaniające przewodu pokarmowego. Po Orexinie stwierdza się wyraźne zwiększenie się uczucia głodu; szczególnie zaś ważne jest, że Orexina sprzyja wcześniejszemu

i silniejszemu występowaniu wolnego kwasu solnego, co wykazały na dużym materjale liczne i dokładne badania kliniczne.

Według *Penzoldta* (Therap. Mtschr., tom 4) wielu lekarzy-praktyków stwierdziło, że Orexina pobudza i przyśpiesza czynności trawienne żołądka. Po krótkim okresie przyjmowania Orexiny pacjenci domagają się potraw mięsnych, których już od wielu miesięcy nie znosili. W 90% przypadków Orexina przywraca uczucie głodu, podtrzymuje prawidłową czynność żołądka, przyspiesza wydzielanie kwasu solnego, pobudza ruchomość i ułatwia wchłanianie przyswajalnych pokarmów, a zwłaszcza albuminozy.

Orexina nadaje się również do stosowania jako skuteczny środek pomocniczy przy leczeniu stanów ogólnego osłabienia, niedokrwistości i neurastenji. Dzięki zwiększeniu łaknienia, lepszemu trawieniu i wykorzystaniu potraw, Orexina powoduje osiągnięcie znacznego przybytku na wadze; z tego względu należałoby zawsze przy stanach ogólnego osłabienia zalecać oprócz t. zw. środków wzmacniających również i Orexinę. Także brak apetytu u dzieci poddaje się działaniu leczniczemu Orexiny. Duże znaczenie ma Orexina w początkowych okresach gruźlicy. Na uwagę zasługuje następnie jej stosowanie przy niepowściągliwych wymiotach ciężarnych. Mdłości i wymioty ustępowały przeważnie po 2 — 3 dniach, chore odzyskiwały dobry apetyt i znosiły bez żadnych zastrzeżeń swe zwykłe pożywienie. Przeciętna dawka lecznicza wynosiła 2 razy dziennie po 0,25—0,5 g. Autor opisuje pewną kobietę w czwartym miesiącu ciąży, która wśród bezustannych mdłości i dotkliwych bólów wymiotowała conajmniej 8—12 razy dziennie; pod wpływem przyjmowania tabletek Orexiny stan chorej poprawił się znakomicie; pacjentka czuła się jak odrodzona; bóle i mdłości ustąpiły zupełnie, wymioty zaś występowały zaledwie 1—2 razy, tylko nad ranem. Orexina jest środkiem leczniczym, który także może skutecznie wzmocnić przeciwwymiotne działanie Luminalu.

Orexina sprawia ulgę przy wymiotach po chloroformie i przy chorobie morskiej. Przy dłuższych podróżach morskich należy każdorazowo na 2 godziny przed jedzeniem przyjmować tabletkę Orexiny.

Preparat znajduje zastosowanie również u ludzi zdrowych, którym zalecamy ją dla uniknięcia odbijania i innych dolegliwości, występujących nierzadko po spożyciu trudnostrawnych pokarmów.

Piśmiennictwo o Orexinie datuje się od ostatniego dziesiątka lat zeszłego wieku, sama zaś Orexina pomimo tak długiego czasu jej stosowania jest dzisiaj tak samo popularnym lekiem jak przed laty; powyższe dwie okoliczności są najbardziej przekonywującemi dowodami wartości i skuteczności preparatu. Wobec tego, że współczesne poglądy naukowe stawiają działanie goryczek, pobudzające łaknienie, pod dużym znakiem zapytania, należy uważać Orexinę nietylko za pełnowartościową namiastkę tych leków, lecz za preparat bez porównania pewniejszy i skuteczniejszy.

Orexina jest przeciwwskazana tylko przy wrzodzie żołądka, nadkwaśności i nadmiernem wydzielaniu przy ostrych zapaleniach śluzówki żołądka.

Dr. H. BRAULKE, Szpital Powiatowy w Wernigerode.

NOWY SPOSÓB STOSOWANIA SALYRGANU: WSTRZYKIWANIA DOOPŁUCNOWE.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1934, Nr. 14).

W przypadkach przewlekłych obrzęków na tle niedomogi serca stosowanie Salyrganu drogą dożylną lub domięśniową natrafia nierzadko na znaczne trudności techniczne. *Hartl* pierwszy zwrócił uwagę (Klin. Wschr. 1933, Nr. 4) na doskonałą tolerancję i skuteczność dootrzewnowych wstrzykiwań Salyrganu w przypadkach wodobrzusza. *Braulke*, zachęcony pomyślnemi wynikami otrzymanemi przez *Hartla*, zastrzyknął pewnemu choremu z dużym przesiękiem zastoinowym w prawej jamie opłucnowej Salyrgan bezpośrednio do opłucnej. Wynik okazał się nadspodziewanie pomyślny: diureza trwała znacznie dłużej i była dwa razy większa niż przy stosowaniu dożylnem lub domięśniowem.

1.) Pani M. V., lat 50; od 1930 roku objawy postępującego niewyrównania krążenia. Cor bovinum. Stenosis et insufficientia mitralis. Co rok podlegała raz lub dwa razy leczeniu klinicznemu z powodu obrzęków kończyn dolnych i powłok brzusznych oraz zastoinowej wątroby i znacznego prawostronnego przesięku opłucnowego. Leczenie polegało na przewlekłem stosowaniu naparstnicy oraz dożylnem lub domięśniowem wstrzykiwaniu Salyrganu. Dobowa ilość przyjmowanego płynu wynosiła 800—1000 cm^3, diureza zaś wahała się od 150 do 300 cm^3, przeważnie wynosiła 300 cm^3. Pod wpływem dożylnego wstrzyknięcia 2 cm^3 Salyrganu diureza podnosiła się do 1500—2500 cm^3; wstrzyknięcie dożylne 2 cm^3 Salyrganu + 5 cm^3 Decholiny zwiększało diurezę w dniu wstrzyknięcia do najwyżej 3000 cm^3, jednakże już następnego dnia dobowa ilość moczu znowu obniżała się przeciętnie do 300 cm^3. Przy domięśniowem wstrzykiwaniu 2 cm^3 Salyrganu diureza w pierwszym dniu wynosiła zwykle około 1500 cm^3, poczem w ciągu następnych dni szybko opadała i na trzeci lub czwarty dzień znowu osiągała swą niewielką wartość przeciętną. Ponadto zachodziła konieczna potrzeba częstego nakłuwania opłucnej i wypuszczania nagromadzonego tam przesięku; ostatnio trzeba było dokonywać nakłucia co 8 dni, przyczem każdorazowo wypuszczano około 1500 cm^3 przezroczystego, czerwonawego surowiczego płynu. Podczas ostatniego leczenia udało się wreszcie z wielkim trudem doprowadzić do ustąpienia obrzęków, zmniejszenia się wątroby i złagodzenia dolegliwości. Jedynie przesięk opłucnowy stale i uporczywie się zwiększał i już po krótkim czasie dochodził do grzebienia łopatki, tak że należało go w krótkich odstępach czasu wypuszczać. Wówczas po wypuszczeniu połowy płynu przesiękowego autor wstrzyknął 1 cm^3 Salyrganu doopłucnowo. Diureza wyniosła w tym dniu 1700, następnego dnia 1400 cm^3 i w ciągu dalszych 2 dni wahała się około 500 — 600 cm^3. Doopłucnowe wstrzyknięcie nie wywołało żadnych dolegliwości i chora zniosła je doskonale. Działanie moczopędne doopłucnowych wstrzykiwań Salyrganu okazało się tak skuteczne, że wystarczał już 1 cm^3 tygodniowo, podczas gdy poprzednio trzeba było wstrzykiwać dożylnie 2 razy tygodniowo po 2 cm^3. Po upływie pewnego czasu wystarczało wstrzyknięcie doopłucnowe 2 cm^3 raz na 14 dni (po uprzedniem dokonaniu punkcji). Przeciętna diureza po takiem wstrzyknięciu przy stale jednakowej ilości przyjmowanego płynu wynosiła: w pierwszym dniu 1600 cm^3, w drugim — 1400 cm^3, w trzecim — 900 cm^3, w czwartym — 700 cm^3, w piątym — siódmym po 550 cm^3. Dopiero w 8 — 9-ym dniu diureza opadała poniżej 400 cm^3. Po wypisaniu ze szpitala wstrzykiwania doopłucnowe Salyrganu kontynuowano w sposób ambulatoryjny. Okazało się przytem, że najlepsze wyniki moczopędne osiągano wtedy, gdy uprzednio wypuszczano płyn przesiękowy z jamy opłucnej w przybliżeniu jedynie do połowy (mniej więcej do wysokości ósmego kręgu piersiowego). Jeżeli wypuszczano więcej

przesięku to działanie doopłucnowo wstrzykniętego Salyrganu było słabsze, a ponadto chora odczuwała przez kilka godzin lekkie bóle w piersiach i skarżyła się na podrażnienie kaszlowe. Obecnie już tylko raz na 4 tygodnie zachodzi potrzeba dokonywania nakłucia, a wstrzykiwania stosuje się co 14 dni. Chora otrzymała dotychczas w ciągu 20 tygodni 11 doopłucnowych wstrzykiwań w dawce ogólnej 20 cm^3 Salyrganu, podczas gdy dawniej w zupełnie analogicznych warunkach trzeba było dla osiągnięcia możliwie znośnego stanu i niedopuszczenia do nadmiernego powiększenia się obrzęków w tym samym okresie czasu dokonać 20 wstrzykiwań dożylnych z 40 cm^3 Salyrganu łącznie. W ten sposób udało się zapomocą wstrzykiwań doopłucnowych osiągnąć ten sam wynik leczniczy, stosując dwukrotnie mniejszą dawkę i dokonywując wstrzykiwań dwa razy rzadziej; oczywiście, że przy tym sposobie postępowania również i niebezpieczeństwo zatrucia rtęcią było dwa razy mniejsze.

2.) F. K. 69 lat. Myodegeneratio cordis. Całkowity blok (tętno 35—40 na minutę). Skłonność do zatrzymywania wody i znacznych obrzęków całego ciała, duża i twarda wątroba, prawostronny przesięk opłucnowy. Od końca 1931 przebywał w szpitalu już 7 razy; również i podczas pobytu poza szpitalem trzeba było co 7 — 14 dni wstrzykiwać po 2 cm^3 Salyrganu. Ilość płynu przyjmowanego w ciągu doby wynosiła 800 — 1000 cm^3, diureza zaś podczas ostatniego pobytu w szpitalu wahała się około 250 — 300 cm^3 na dobę. Po domięśniowem wstrzyknięciu 2 cm^3 Salyrganu diureza w dniu wstrzyknięcia podnosiła się do 2250 cm^3, poczem w ciągu następnych dni znowu gwałtownie opadała; natomiast doopłucnowe wstrzyknięcie 2 cm^3 zwiększało diurezę w pierwszym dniu do 2550, w drugim dniu ilość wydzielonego moczu wynosiła 1700, w trzecim — 800 cm^3 i dopiero w czwartym dniu diureza znowu wynosiła 300 cm^3. Po upływie 10 dni autor wstrzyknął pacjentowi doopłucnowo 4 cm^3 Salyrganu, poczem chory w ciągu 3 dni wydzielił przeszło 6000 cm^3; zastoinowa wątroba zmniejszyła się znacznie. Chory wypisał się ze szpitala; dalsze leczenie polegało na ambulatoryjnem wstrzykiwaniu po 2 cm^3 Salyrganu do jamy opłucnowej; wstrzykiwania powtarzano co 7 — 10 dni. Diureza po tych doopłucnowych wstrzykiwaniach była stale znacznie większa i utrzymywała się na wysokim poziomie przez czas dłuższy niż po domięśniowem stosowaniu takiej samej dawki. Jasno-żółte zabarwienie płynu przesiękowego przechodziło stopniowo w zabarwienie jasnoczerwone; pod mikroskopem stwierdzono niewielką ilość krwinek czerwonych. Chory otrzymał dotychczas 5 wstrzykiwań doopłucnowych; ogólna dawka wstrzykniętego doopłucnowo Salyrganu wynosiła 12 cm^3 w ciągu 7 tygodni. Stan pacjenta poprawił się znacznie i czuje się on obecnie o wiele lepiej niż dawniej.

Autor wstrzykuje Salyrgan albo w związku z nakłuciem opłucnej przez igłę, którą wypuszczał płyn, albo niezależnie od punkcji w tem samem miejscu zapomocą cieńszej, długiej igły. Salyrganu można poprzednio nie rozcieńczać, należy jedynie wstrzykiwać powoli i stale naciągać do strzykawki nieco płynu przesiękowego. Stosunkowo największą diurezę osiąga przy się przy dawce 2 cm^3. Po wstrzyknięciu chory powinien pewien czas odpocząć, poczem może bez obawy udać się do domu; wskazane jest, aby po takiem wstrzyknięciu chory przez jeden dzień nie opuszczał łóżka. Wskazania i przeciwwskazania do doopłucno-

wego stosowania Salyrganu odpowiadają ogólnym przepisom do stosowania rtęciowych środków moczopędnych; bezwzględnym warunkiem jest jednak zawsze obecność płynu przesiękowego w jamie opłucnowej.

Spostrzeżenia autora odnośnie do silniejszego i dłuższego działania Salyrganu przy jego stosowaniu doopłucnowem odpowiadają więc w zupełności spostrzeżeniom *Hartla* dotyczącym wstrzykiwań dootrzewnych. Według autora zwiększenie i przedłużenie diurezy zależy przy tych odmiennych sposobach stosowania od połączenia czysto miejscowego działania moczopędnego z ogólnem tkankowem działaniem moczopędnem, które powoduje Salyrgan, przenikający do krwiobiegu wraz z wypłókanym przez niego płynem opłucnowym lub otrzewnowym.

Prof. dr. KIELLEUTHNER, Monachjum.

KRWAWIENIA Z NARZĄDÓW MOCZO-PŁCIOWYCH.

(Referat według Münch. mediz. Wchschr. 1933, Nr. 43).

Ukazanie się krwi w moczu należy zawsze uważać za objaw bardzo poważny i wymagający ustalenia ścisłego rozpoznania, które umożliwiłoby właściwą interwencję leczniczą. Krwotok z dróg moczowych sam przez się rzadko bywa bezpośrednio niebezpieczny, gdyż, jak uczy doświadczenie, śmierć wskutek takiego krwotoku zdarza się jedynie wyjątkowo, np. w przypadkach znacznego urazowego uszkodzenia nerek, wskutek nadżarcia większego naczynia krwionośnego przez sprawę gruźliczą lub wskutek niezwykle silnego krwawienia w przebiegu krwotocznego zapalenia nerek. Wreszcie należy tu jeszcze wspomnieć o groźnych krwotokach nerkowych powstających czasem na podłożu hemofilji.

Krew posiada w moczu nadzwyczaj dużą siłę barwiącą. Kilka kropel krwi wystarcza, aby chory wyobraził sobie, że oddaje nie mocz, a czystą krew, co przeważnie bardzo niepokoi chorych i nasuwa im obawę, że się mogą śmiertelnie skrwawić. Dotyczy to jednak tylko mężczyzn, kobiety zachowują się pod tym względem o wiele spokojniej, gdyż krwawienia menstruacyjne przyzwyczajają je do krwistego zabarwienia moczu i nie przypisują one wobec tego również i krwawieniom extragenitalnym żadnego poważniejszego znaczenia.

Próbowano wielokrotnie określać pochodzenie krwi na podstawie zabarwienia krwawego moczu. Okazuje się to jednak niemożliwe. Kolor wiśniowo-czerwony dowodzi tylko, że mamy do czynienia ze świeżym krwotokiem. Kolor brunatno-czerwony i wygląd moczu podobny do fusów z kawy jest oznaką krwawienia już starszego.

O wiele pewniejsze wskazówki niż kolor moczu daje nam obserwowanie sposobu ukazywania się domieszki krwi podczas oddawania moczu. Odróżniamy pod tym względem trzy rodzaje krwiomoczu: krwiomocz początkowy, końco-



wy i całkowity, zależnie od tego, czy domieszka krwi ukazuje się na początku, czy pod koniec oddawania moczu, lub też czy mocz jest przez cały czas równomiernie zabarwiony krwią.

Krwiomocz początkowy pochodzi zawsze z dolnych odcinków dróg moczowych. Jeżeli krew wycieka z przedniej części cewki moczowej, to ukazuje się ona jeszcze przed strumieniem moczu. Objaw ten stwierdza się w przypadkach uszkodzeń członka i w przypadkach brodawczaków przedniej części cewki. Natomiast choroby tylnej części cewki i szyjki pęcherza wywołują krwiomocz początkowy, przy którym krew jest odrazu zmieszana z moczem.

Choroby tylnej części cewki, jej stany zapalne, zapalenie gruczołu krokowego i szyjki pęcherza mogą również wywoływać krwiomocz końcowy. Objaw ten polega na tem, że chory po oddaniu czystego moczu, oddaje jeszcze kilka kropel krwawej wydzieliny. Krwawienie to zależy prawdopodobnie od skurczu zwieracza wewnętrznego, który wyciska mechanicznie nieco krwi z przekrwionej i zapalnie zmienionej śluzówki. Objaw ten jest również charakterystyczny dla zapalenia szyjki pęcherza moczowego u kobiet. Istnieją jeszcze inne choroby, które również mogą wywoływać krwiomocz końcowy, np. brodawczaki pęcherza, których cząstki mogą przeniknąć w obręb zwieracza, przerost, nowotwory, ropnie lub wreszcie gruźlica gruczołu krokowego. Czasami stwierdza się lekki krwiomocz końcowy również w przypadkach kamicy pęcherzowej.

W najczęstszej jednak postaci krwiomoczu, w krwiomoczu całkowitym, rozpoznanie miejsca krwawienia należy do rzeczy niełatwych. Bezpośrednie zastosowanie cystoskopji lub cewnikowania moczowodów dla celów rozpoznawczych we wszystkich przypadkach krwiomoczu należy uważać za postępowanie niewłaściwe. Nie ulega, coprawda, wątpliwości, że w licznych niewyraźnych przypadkach metody te rozstrzygają w sposób stanowczy o rozpoznaniu. Toż samo dotyczy badania promieniami Rentgena i urografji. Lekarz nie powinien jednak być tylko technicznym wykonawcą.

Należy sobie uświadomić, że najczęstsze, a może również i najsilniejsze krwawienia z dróg moczowych powstają na podłożu kamieni. Conajmniej dwie trzecie przypadków krwiomoczu, które obserwował autor, zależały od obecności kamieni. Badanie moczu po przebytym napadzie kolki nerkowej daje nam zwykle cenniejsze wskazówki rozpoznawcze niż badanie radjologiczne, które zwłaszcza w przypadkach kamieni moczanowych daje nierzadko wyniki zupełnie ujemne. Krwiomocz, który występuje po gwałtownym napadzie bólowym, promieniującym w obrębie dróg moczowych, jest prawie zawsze pochodzenia kamicowego. Wiadomo jednak również, że sole kwasu szczawiowego lub fosforowego mogą także powodować krwawienia z dróg moczowych.

Drugą dość częstą przyczyną krwiomoczu jest gruźlica narządu moczowego. Przypadki gruźlicy nerek, przebiegające zwłaszcza na początku choroby bez krwiomoczu, należą do rzadkości. Bardzo gwałtowne krwawienia gruźlicze zależą od nadżarcia większego naczynia nerkowego.

Guzy nerek, miedniczek, moczowodów i pęcherza powodują bardzo obfite krwawienia. Pierwszy krwotok w przebiegu nowotworu nerki występuje prawie zawsze w nocy lub nad ranem, co zależy prawdopodobnie od przekrwienia jamy brzusznej. Krwawienie ustępuje zwykle tak samo szybko jak się zjawiło. Jeżeli po wystąpieniu krwiomoczu chory zaczyna się skarżyć na niewielkie bóle po jednej lub po drugiej stronie i jeżeli znajdujemy w moczu, czasami zupełnie przezroczystym, nitkowate twory, to należy się liczyć z możliwością nowotworu nerki lub miedniczki. Jeżeli zaś przy istniejącej hematurji wyczuwamy ponadto guz w okolicy nerek, to rozpoznanie nie ulega już wątpliwości. Trudności rozpoznawcze powstają wówczas, gdy chory oddaje mocz zupełnie czysty. Dla rozpoznania guza nerkowego należy szybko dokonać cystografji i urografji.

Krwiomocz bywa dość często objawem toksycznego zapalenia nerek. Ta postać hematurji może występować po wszystkich chorobach zakaźnych. Zapalenie nerek pochodzenia zakaźnego cechuje się ukazaniem się w moczu wałeczków składających się z czerwonych krwinek. Należy jednak również pamiętać, że zdarzają się małe kamyki tkwiące w samym miąższu nerkowym, przy których znajdujemy w moczu białko, krwinki czerwone i wałeczki z erytrocytów. Bardzo ważną cechą rozpoznawczą krwiomoczu na tle zapalenia nerek jest okoliczność, że krew taka nigdy nie daje skrzepów.

Krwawienia w przebiegu zapalenia nerek bywają zwykle łagodne; zdarzają się jednak również krwawienia bardzo groźne i mówimy wówczas o krwotocznem zapaleniu nerek. Mamy wówczas zwykle do czynienia z tak zwanem ogniskowem zapaleniem nerek, przebiegającem bez podwyższenia ciśnienia krwi i bez obrzęków. Krwiomocz stanowi główny objaw tego cierpienia. Krwawienie bywa przeważnie jednostronne i jest często niebezpieczne dla życia chorego.

Krwiomocz zdarza się od czasu do czasu również i w przebiegu wodonercza. Mniej więcej w 10% przypadków tego cierpienia znajdujemy w moczu erytrocyty.

Bardzo obfite krwawienia mogą występować przy torbielowem zwyrodnieniu nerek. Większe lub mniejsze torbiele czasem pękają, co wobec bardzo wzmożonego przy tej chorobie ciśnienia krwi powoduje zwykle nadzwyczaj gwałtowne krwotoki.

Omawiając krwawienia nerkowe, nie wolno zapominać o pęknięciu nerki, które w obecnej epoce niezwykłego rozwoju sportu nie należy bynajmniej do zdarzeń wyjątkowych.

Należy wreszcie wspomnieć o zakrzepie żyły nerkowej, chorobie rzadkiej, przy której zawsze znajdujemy krew w moczu.

Również i choroby pęcherza moczowego często doprowadzają do ukazywania się krwi w moczu.

Guzy pęcherza i gruczołu krokowego można dość często rozpoznać zapomocą zwykłego badania palcem per rectum. Radjografja pęcherza wypełnionego po-

wietrzem wystarcza zwykle dla oceny wielkości guza. Obecność miękkich brodawczaków można wykazać jedynie drogą cystoskopji.

Zwykłe zatrzymanie moczu również może być powodem krwiomoczu. Znaczna retencja wywołuje przekrwienie tkanki nerkowej i błony śluzowej dróg moczowych, co może sprzyjać wynaczynieniom.

Krwawienia ex vacuo zdarzają się rzadko. Obserwowano je w przypadkach wypuszczenia moczu po znacznej retencji na podłożu przerostu gruczołu krokowego lub zwężenia wyprowadzających dróg moczowych.

Uchyłki pęcherza moczowego dają często objawy krwiomoczu, nawet jeśli wewnątrz uchyłka niema kamienia ani guza.

Hematurja zdarza się nierzadko w przypadkach uretrocele, czyli wypadnięcia cewki moczowej u kobiet. Krwawienia te w razie uszkodzenia ściany cewki mogą być bardzo obfite.

Z pośród rzadszych przyczyn krwawień pęcherzowych należy wymienić owrzodzenie zwykłe bez ropomoczu, skazę krwotoczną i zmiany kiłowe drugorzędowe śluzówki pęcherzowej. Pęknięcie rozszerzonych żył pęcherzowych, rozpoznawane dawniej bardzo często, bywa jedynie wyjątkowo istotną przyczyną krwawień pęcherzowych.

Wzmożenie handlu międzynarodowego i ułatwienie popularnych podróży do krajów gorących sprawiło, że również i w Europie zaczęły się ukazywać pojedyńcze przypadki krwawień pęcherzowych na tle bilharziozy. Choroba ta jest bardzo rozpowszechniona w Egipcie. Jaja distoma haematobium przenikają do błony śluzowej pęcherza moczowego, wywołują tam obrzęk, następnie stan zapalny i znaczne przekrwienie, które jest źródłem krwawienia.

Należy tu również wspomnieć o niektórych chorobach pęcherza moczowego, które występują tylko u kobiet, a przedewszystkiem o zakażeniach bakteryjnych z czerwonemi ogniskami zapalnemi w błonie śluzowej. W przypadkach takich zdarzają się bardzo gwałtowne krwawienia. Jest rzeczą niezwykłą, że omawiana postać zapalenia pęcherza moczowego nie występuje nigdy u mężczyzn.

Autor omawia następnie krwiomocz zależny od zmian chorobowych w śluzówce macicy, od torbielowatego zwyrodnienia pęcherza, od masturbacji szpilkami do włosów i t. d.

Hematurję obserwuje się czasami również w przebiegu ostrego lub przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego jako skutek zaburzeń krążeniowych wywołanych przez zrosty. Krwiomocz może być jednak także i pochodzenia bezpośrednio nerkowego i zależeć od toksycznego wpływu ogniska ropnego na same nerki.

Dalszemi przyczynami krwiomoczu mogą być: promienica pęcherza moczowego, zmiany zapalne w sąsiedztwie pęcherza (macica, jajniki), stosowanie niektórych środków leczniczych, jak np. urotropiny lub preparatów zawierających glicerynę.

Odnośnie do tak zwanej hematurji samoistnej autor jest zdania, że mamy

w takich przypadkach do czynienia z krwiomoczem, którego przyczyny nie znamy. Czasami istota choroby może polegać na nerwicy naczynioruchowej lub na krwawiączce. Analizując jednak starannie opisane przypadki, można dojść czasami do wniosku, że podłożem krwiomoczu była nierozpoznana gruźlica lub początek sprawy nowotworowej.

Jako ostatnie zresztą przyczyny krwiomoczu mogą jeszsze wchodzić w rachubę białaczka, choroba *Werlhofa*, gnilec i marskość wątroby.

Obecność krwi w moczu narzuca czasem lekarzowi bardzo trudne rozważania rozpoznawcze. Ustalenie ścisłej diagnozy jest jednak podstawowym i niezbędnym warunkiem wszelkiego postępowania leczniczego, gdyż jedynie trafne rozpoznanie umożliwia właściwą i skuteczną terapję, od której może zależeć życie chorego.

Dr. F. GOLDSCHLAG, Lwów.

O NARKOZIE DOŻYLNEJ ZAPOMOCĄ EWIPANU SODOWEGO.

Z oddz. skórn.-wener. dla kobiet Państw. Szp. Pow. we Lwowie. Ordynator Prof. dr. Roman Leszczyński.

(Referat według Polskiej Gazety Lekarskiej 1934, Nr. 38).

Dermatolog nierzadko ma sposobność wykonywania czynności chirurgicznych. Statystyka oddziału prof. dr. Łeszczyńskiego we Lwowie wykazała w roku 1933 przeszło 300 zabiegów chirurgicznych, z czego największa ilość przypada na chore z toczniem zwyczajnym. Zastosowanie elektrokoagulacji w lecznictwie tocznia stanowi niewątpliwy postęp i ma doniosłe znaczenie społeczne, skracając wydatnie czas leczenia.

Przy niezbyt rozległych sprawach chorobowych i pewnej wytrzymałości pacjentów można zrezygnować z wszelkiego znieczulenia. Jednak znaczny odsetek wymaga znieczulenia, bądź to miejscowego, bądź to ogólnego, przy tym bolesnym zabiegu. Oba te sposoby znieczulania posiadają przy leczeniu tocznia cały szereg przeciwwskazań i stron ujemnych i z tego względu postępy farmakologji w dziedzinie uśpienia wchodzą również w zakres zainteresowań dermatologa. Uśpienie odbytnicze awertyną jest dosyć skomplikowane, a uśpienie dożylne somnifenem lub pernoctonem jest trudne w dawkowaniu i wywołuje sen zbyt długotrwały. Na uwagę zasługuje natomiast nowy środek nasenny, wprowadzany dożylnie, a mianowicie ewipan sodowy firmy Bayer.

Spostrzeżenia autora, dotyczące usypiania zapomocą ewipanu sodowego, opierają się na 45 przypadkach. Autor przeprowadzał uśpienie ewipanowe u swych chorych naczczo, co nie jest jednak nieodzownym warunkiem. Przygotowania wstępnego morfiną, skopolaminą lub atropiną nie stosowano. Ze

względu na krótkotrwałość snu należy ukończyć z chwilą rozpoczęcia narkozy wszelkie wstępne przygotowania do operacji.

Wstrzykuje się dożylnie przeciętnie 10 cm^3 10%-owego roztworu w takiem tempie, że w pierwszej minucie wprowadza się 4 cm^3, w drugiej 6 cm^3. Szybkość wstrzykiwania i ilość płynu decydują o głębokości narkozy. Zależnie od osobnika, choroby, zachowania się podczas narkozy, należy indywidualizować i wspomnianą dawkę ewentualnie wydatnie obniżyć. Zwłaszcza dzieci wymagają szczególnej uwagi i ostrożności. Po 2 — 5 minutach osiąga się zwykle dostatecznie głęboki sen, który utrzymuje się przeciętnie 15 — 25 minut. Jeśli zabieg operacyjny ma trwać krótko, to można po ukończeniu wstrzykiwania przeczekać 1 — 2 minuty dla pogłębienia snu.

Początek snu zaznacza się zwiotczeniem i opadaniem szczęki ku tyłowi, na co należy bacznie zważać i natychmiast przeciwdziałać, wysuwając szczękę ku przodowi. Uśpienie cechuje brak okresu podniecenia. Pewien równoważnik podniecenia stanowią nierzadko obserwowane drżenia kończyn, dochodzące nawet do lekkich drgawek. Przebudzenie następuje 45 — 60 minut od chwili uśnięcia wśród niepokoju ruchowego. Chorzy wpadają często po krótkiej przerwie w powtórny sen, zbliżony już do normalnego. Przykrych objawów ponarkotycznych nie stwierdza się, wymioty należą do wielkiej rzadkości. Chorzy, zwłaszcza ci, którzy przeszli kiedyś uśpienie inhalacyjne, wyrażają się o uśpieniu dożylnem korzystnie. Od chwili uśnięcia do przebudzenia się panuje zupełna amnezja. Uśpienie powyższe można, przy normalnie funkcjonującej wątrobie, powtarzać dowolnie, w krótszych lub dłuższych odstępach czasu.

Według autora wyniki dotychczasowych obserwacyj zachęcają do dalszych prób. Dzięki wprowadzeniu ewipanu mogą korzystać z dobrodziejstw uśpienia chorzy, u których dotychczas znane środki znieczulające nie mogły być stosowane ani miejscowo ani ogólnie. Autor wyraża przekonanie, że ewipan sodowy zasługuje na uwagę dermatologów, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie idzie o sprowadzenie krótkotrwałego uśpienia.

Dr. WILHELM ROSENKRANZ, Łuck.

LECZENIE BODŹCOWE.

(Praca nagrodzona na konkursie „Wiadomości Terapeutycznych").

Głębokie rozmyślania nad istotą choroby pozwalają ustalić główne zasady leczenia i sposoby przeprowadzenia ich. Podstawą do należytego krytycznego ustosunkowania się do każdej z tych zasad i sposobów jest obserwacja. Jakość obserwacji, ścisła jej przedmiotowość, logiczne połączenie faktów powinny zgodnie uchronić od przesadnego, zbyt pochopnego uogólniania sposobów leczenia. Żywy organizm ma własną tendencję do wyzdrowienia, nasze współdziałanie wzmaga tę tendencję, tak, że na zupełne wyleczenie składa się zgodne współdziałanie endo- i egzogenne. Nie da się zaprzeczyć, że przeważa czasem współczynnik egzogenny i niechaj to będzie zaliczone na dobro wiekowych wysiłków ludzkich.

Celem leczenia jest powrót do stanu przed chorobą, powrót do prawidłowych procesów życiowych w organizmie. Nasze poczynania mają być przytem opanowane tak dalece myślą dopomożenia schorzałemu organizmowi, iżby wykluczone było jakiekolwiek uszkodzenie go. Gdy chodzi o taki czuły, indywidualny zespół form i zjawisk, jakim jest człowiek, niema mowy o jakiemkolwiek schematyzowaniu sposobów leczenia. Przy leczeniu jest brany pod uwagę cały organizm we wszystkich przejawach jego czynności biologicznych i patologicznych, czyli cały zespół zjawisk, który składa się na pojęcie konstytucji.

Jakiekolwiek zaburzenia czynnościowe lub organiczne organizmu, czyli choroba, może mieć charakter przejściowy lub stały, może pozostawić trwałe ślady lub zniknąć zupełnie. Do usunięcia tych zaburzeń przyczyniamy się leczeniem. Jednym ze sposobów ogólnie przyjętych, istniejącym oddawna pod inną nazwą i formą, jest leczenie bodźcowe. Ponieważ zasada leczenia bodźcowego jest zakorzeniona w nauce i rozpowszechniona w praktyce lekarskiej tak dalece, że stała się codzienną bronią każdego lekarza, ominę dokładne rozważania teoretyczne, a to co powiem będzie powtórzeniem ogólnie znanych rzeczy, potrzebnych nam dla dalszych rozważań. Oficjalnie wprowadził ten sposób *R. Schmidt* w r. 1916. Jeszcze dawniej leczono w podobny sposób, nie zdając sobie dobrze sprawy z istoty tego leczenia. Śmiało możemy zaliczyć do leczenia bodźcowego upust krwi, przyżeganie żelazem, zastrzyki tuberkuliny, surowic, szczepionek. *Koch* nie uświadamiał sobie, że wraz z tuberkuliną wprowadza pozajelitowo obce białko. Po wprowadzeniu białka pozajelitowo następują w organizmie zmiany natury ogólnej i miejscowej w postaci podniesienia się temperatury i zmian ogniskowych. Nie chodzi tu o podniesienie się temperatury ciała i skóry ale o pewne specyficzne zmiany cellularne i humoralne. Następuje mobilizacja całego systemu antibakterjalnego i antitoksycznego. Wysokość temperatury i objawy uboczne, jak herpes labialis i t. p. zależą od jakości, ilości i rodzaju

białka. Niesłychanie żywo reagują wysoką temperaturą gruźlicy, anemiczni i leukemiczni, a bardzo słabo chorzy na cukrzycę. Układ wegetatywny wpływa na wysokość i rodzaj odczynu ogólnego: przez dodanie jakiegoś ciała białkowego możemy spotęgować działanie adrenaliny lub pilokarpiny. Zrozumiemy to dobrze, gdy przypomnimy sobie, że układ wegetatywny świadczy o właściwościach osobniczych jednostki i jest podporządkowany ośrodkom psychicznym. Na żywość odczynu bodźcowego wpływa stan psychiczny, pora dnia; np. noc biologiczna czyli sen hamuje działanie bodźcowe. Przebieg odczynu ogólnego i miejscowego przedstawia się schematycznie następująco: Gorączka jest ogólnem zapaleniem, stan zapalny zaś umiejscowioną gorączką. Odczyny ogniskowe przebiegają dwufazowo i wahadłowo *(Schmidt)*. Najpierw przychodzi do fazy negatywnej, w której objawy chorobowe nasilają się, później zaś, zależnie od ilości i rodzaju środka leczniczego, do fazy pozytywnej, nietylko względnej, ale i stale bezwzględnej. Obrazowo możemy sobie to przedstawić w formie wahadła — im większe odchylenie w kierunku do choroby, tem większy nawrót w kierunku do zdrowia. Tak samo dwufazowo — wahadłowo — przebiega ogólny odczyn gorączkowy (do fazy pozytywnej należy też euforja po wysokiej gorączce). Leczenie bodźcowe (trzymając się nadal przykładu wahadła) daje nam szereg zjawisk paradoksalnych np. wysoką gorączką znosimy na stale utajony stan gorączkowy — tak samo jak wywołujemy silny stan gorączkowy, celem usunięcia innego słabszego. Przez połączenie leczenia bodźcowego z leczeniem farmakologicznem wzmacniamy (mleko i preparaty tarczycy, mleko i adrenalina) ogólny wynik leczenia.

Pod wpływem leczenia bodźcowego zostaje organizm przestrojony, przechodzi w fizjologiczny stan czynnościowy. Dokładnego mechanizmu działania leczenia bodźcowego nie znamy, ograniczamy się do szeregu ogólnie przyjętych i znanych hipotez, między innemi: wzmożenie odporności organizmu, uczynnienie protoplazmy, ergotropizm, zmiany w układzie koloidalnym ustroju i t. p. Działanie przestrajające ustrój przypomina nam działanie promieni Roentgena, słońca, hydroterapji. Leczenie bodźcowe natrafiło na szereg przeciwników, którzy przejaskrawiając jego szkody, zmodyfikowali go przez stworzenie t. zw. leczenia bodźcowego progowego (Schwellenreiztherapie, *Bier)*. Na poparcie swych wywodów, że nie sztucznie wywołana wysoka gorączka jest największym czynnikiem leczniczym, wykluczano odczyn gorączkowy u zwierząt (przez nakłucie ośrodka cieplnego, lub przecięcie obu NN błędnych). Otóż te zwierzęta jednakowo reagowały na silne dawki bodźcowe mimo niemożności odczynu gorączkowego. *(Citron, Leschke, Grafe, Freud)*.

Leczenie bodźcowe musi być ostrożnie i indywidualnie przeprowadzone, zależy ono od stanu organizmu, t. j. od chwilowego stosunku procesów asymilacyjnych i dysymilacyjnych. Może ono działać szkodliwie, gdy natrafi na t. zw. negatywną fazę, na moment wycieńczenia organizmu, na przewagę procesów dysymilacyjnych. Leczenie bodźcowe wymaga czasu — jest dlatego bez widoku

przy posuniętych stanach septycznych i pyemicznych. Podaję 2 wypadki, które zareagowały źle na leczenie bodźcowe:

Chłopczyk lat 9 zachorował na ostre zapalenie stawów. Temperatura w przeciągu dnia podniosła się do 40°. Ogólny stan ciężki, tętno 160, słabo napięte, znaczna leukocytoza. Znaczny obrzęk wszystkich stawów, bardzo bolesny. Nie reaguje na Natr. salic. ani na Pyramidon; po Gardanie następuje spadek temperatury, ale i znaczne osłabienie. Zastrzyk 2 cm^3 mleka w drugim dniu choroby wywołuje pokrzywkę na całem ciele, zapad i upadek sił. Temperatura utrzymuje się nadal na wysokości 40°. Stan taki trwa 2 dni. Po 2 dniach stwierdza się szereg abscesów w okolicy stawów łokciowych, barkowych i zwiększenie obrzęków stawów kolanowych. Po naradzie konsyljarnej wstrzyknięto 4 cm^3 mleka domięśn. 6 godzin później exitus przy objawach niedomogi serca i wysokiej temperatury (41°). Chociaż był to wypadek ciężkiej hipertermicznej formy zapalenia stawów, to jednak widocznem jest z przebiegu choroby, że leczenie bodźcowe zadziałało tu szkodliwie.

Chłopczyk $2^1/_2$ l. W nocy wezwany, stwierdziłem silne objawy podrażnienia opon mózgowych, sztywność karku, *Kernig* plus, przeciągłe krzyki, przywodzące ruchy ręką, temp. 40,2. Lekki obrzęk podudzia lewego, tętno dobrze napięte 120, serce, płuca, przewód pokarmowy bez zmian. Objawy oponowe ustąpiły po lewatywie z wodanu chloralu. Na drugi dzień rano dziecko spokojne, temperatura na tym samym poziomie, obrzęk znaczny podudzia. Stwierdzam osteomyelitis acuta. Po naradzie z chirurgiem decydujemy się na zabieg operacyjny i naznaczamy go na wieczór tego samego dnia ze względu na dobry stan ogólny. Zaniepokojeni rodzice wzywają w międzyczasie jeszcze innych lekarzy, operację odwołuje się i wstrzykuje się 2 cm^3 Propidonu. 2 godziny później spadek temperatury do 37,3. zapad, tętno nitkowate, agonja. 6 godzin później exitus przy objawach niedomogi serca. Tu również leczenie bodźcowe zadziałało szkodliwie.

Te i podobne wypadki przestrzegają nas przed zbyt pochopnem korzystaniem z leczenia bodźcowego; zawsze pamiętać musimy o indywidualnem i ostrożnem traktowaniu objawów chorobowych. Niekiedy można intuicyjnie wyczuć przyszły odczyn ustroju. Skala korzystania z leczenia bodźcowego jest dosyć rozległa, począwszy od traktowania wcześniaków, raczej pseudo-wcześniaków, aż do poważnych zaburzeń chorobowych osób dorosłych. I tak osiągnięto dobre wyniki przy pedatrofji przez podawanie surowicy końskiej, przy dyzenterjach u niemowląt przez podawanie mleka kobiecego i białka kurzego, przy zapaleniu spojówek na tle rzeżączkowem i skrofulicznem przez stosowanie mleka i Aolanu. Leczenie bodźcowe wpływa na anomalje w przemianie materji, między innemi przy cukrzycy i chorobach jej towarzyszących; również dobre wyniki daje ono przy chorobach anafilaktycznych przez odczulenie organizmu, przy chronicznych wrzodach żołądkowych przez wywołanie świeżego odczynu zapalnego, lepiej reagującego na leczenie, a działa wprost w tych wypadkach, gdzie przyczyna wrzodu leży w neuropatycznych stanach skurczowych naczyń. Leczenie bodźcowe działa na schorzały system wegetacyjny, przestrajając organizm i czyniąc go podatniejszym na zabiegi. Np.: Kobieta lat 34, budowy wątłej, cierpi od dłuższego czasu na bóle głowy, zimne kończyny, brak apetytu, dokuczliwe pocenie, oczy błyszczące, puls przyśpieszony, małokrwistość znacznego stopnia, uczucie pełności po jedzeniu, częste odbijania, nadmiar kwasu solnego, zaparcie naprzemian z biegunkami, waga 48 kg. Długie symptomatyczne i wzmacniające leczenie bez skutku. Po 3 zastrzykach Omnadyny w odstępach 3-dniowych świetna reakcja

na leczenie wzmacniające arsenem, przybytek wagi, zniknięcie wszystkich objawów chorobowych. Był to wypadek zaburzeń neurowegetatywnych, wyleczonych przez przestrojenie organizmu leczeniem bodźcowem. Podobnie dobrze reagują na to leczenie inne zaburzenia, zwłaszcza tyczące układu krążenia, między innemi bardzo przykro odczuwana niemiarowość. W tym wypadku nadaje się jedynie Omnadyna, ze względu na minimalny odczyn. Zmiennie działa leczenie bodźcowe przy asthma bronchiale; przyczyny należy szukać w niedostatecznem paraliżowaniu układu błędnego przez układ współczulny. Zawsze zaś można uczulić działanie atropiny przy asthma bronchiale leczeniem bodźcowem, jak również uczynić organizm podatniejszym na różne farmaka przy hyperemesis gravidarum, chorea grav., enuresis nocturna i t. p.

Schmidt wybierając mleko chciał podkreślić równość każdego białka i wskazać na możliwość wzajemnego zastąpienia różnych środków. My staramy się by działanie środka bodźcowego było niespecyficzne, by specyficzne współczynniki nie obciążały samego działania białka podanego parenteralnie. To uboczne działanie możemy usunąć przez dokładne rozszczepienie białka aż do peptydów i kwasów aminowych, wzmocnić zaś przez dodanie tłuszczów — lipoidów i węglowodanów. Takim środkiem, wzmocnionym przez rozkład i późniejszą syntezę (wedle teorji częściowych antygenów Mucha), odpowiadającym wymogom niespecyficznego białka o dobrem, skutecznem działaniu, bez wybitnego odczynu gorączkowego, jest — Omnadyna. Działa ona wzmacniająco na organizm w jego walce z zarazkami chorobotwórczemi i przestraja organizm szybko i energicznie. Omnadyna wywołuje czynne uodpornienie przez wywołanie ogólnego odczynu biologiczno-odpornościowego, działając przytem bez odczynu gorączkowego. Każdy odczyn przy leczeniu bodźcowem może dać niespodzianki i zaszkodzić organizmowi jak to widzieliśmy w powyżej opisanych wypadkach. Mimo wszystko jesteśmy zdani tylko na hipotezę mechanizmu zadziałania leczenia bodźcowego. Przy Omnadynie jednak tego rodzaju niespodzianki są wykluczone, dlatego możemy śmiało użyć ją w praktyce dziecięcej i to w szerokim zakresie. Poniżej podaję kilka wypadków stosowania Omnadyny:

1) Mężcz. lat 19. Dur brzuszny — przebieg gładki; po 16-u dniach choroby, gdy temperatura spadła litycznie, nastąpiło nagłe jej podniesienie się, przy bardzo złem samopoczuciu. Zastrzyk Omnadyny spowodował trwały spadek temperatury i dalszy gładki przebieg pochorobowy. Omnadyna przerwała rozwijającą się recydywę przez swoje wczesne i silne zadziałanie.

2) Kob. lat 22. Przeciągająca się grypa o charakterze tyfoidalnym, trwająca 14 dni, reagująca słabo na farmaka. Po jednem zastrzyknięciu Omnadyny lityczny spadek temperatury i powrót do normy. W tym wypadku lek ujawnił utajony czynnik odpornościowy organizmu i uczulił go na działanie środków leczniczych.

3) Kob. lat 20, ciężkie zapalenie zatok szczękowych i czołowych z tendencją rozprzestrzenienia się na zatoki sitowe. Temperatura stale na wysokości 41^0, reagująca tylko na Gardan. Po Gardanie następowało obfite pocenie i tak znaczny spadek sił, że trzeba było wkraczać środkami nasercowemi. Zastrzyki Omnadyny w odstępach 3-dniowych spowodowały stopniowe zniknięcie objawów chorobowych, spadek lityczny temperatury, a co najważniejsze, bez

upadku sił i subjektywnego osłabienia, wprost przeciwnie — samopoczucie się polepszyło i pojawił się apetyt. Sprawa się umiejscowiła i dalsze leczenie poszło gładko. Tutaj Omnadyna nietylko umiejscowiła proces chorobowy, ale wzmocniła i sam organizm.

4) Kob. lat 34, przybyła z wysoką temperaturą, cuchnącemi wydzielinami z powodu niezupełnego poronienia. Po usunięciu resztek (między innemi *kawałka pręta drewnianego*), zaopatrzeniu rozległego rozdarcia szyjki, zastrzyk Omnadyny. Na drugi dzień spadek temperatury i dalszy przebieg pooperacyjny gładki.

5) Kob. lat 28. Przerwanie ciąży z powodu gruźlicy płuc i wysiękowego zapalenia opłucnej. W jednym dniu usunięcie 600 cm^3 płynu surowiczego i przerwanie jednorazowe 3 i $^1/_2$ mies. ciąży. Po zabiegu, zastrzyk Omnadyny. Przebieg pooperacyjny gładki, a najciekawsze, że nastąpiła szybka resorbcja płynu, tak, że przy następnem nakłuciu próbnem niczego nie wydobyto. Omnadyna zapobiegła ewentualnym komplikacjom i wzmocniła tendencje resorbcyjne ustroju. Pacjentka po leczeniu klimatycznem poprawiła się znacznie.

Z powodu swej atoksyczności i szerokiego zakresu działania Omnadyna staje się wprost środkiem niezastąpionym. Resorbuje się szybko i szybko wywołuje odporność i przestrojenie organizmu, wzmaga również przemianę materji bez działań ubocznych.

Największą wartość Omnadyny stanowi jej aspecyficzność. Możemy zapomocą Omnadyny wkraczać wszędzie we wczesnych okresach choroby, wogóle tam, gdzie nie doszło do skrystalizowania się rodzaju zakażenia, zwłaszcza w t. zw. chorobach z przeziębienia. Omnadyna, wstrzyknięta w tym wczesnym okresie choroby, wzmacnia odporność organizmu, zwiększa ilość przeciwciał, odpowiadającą późniejszym okresom chorobowym, tak dalece, że może niekiedy przerwać infekcję w samym zarodku. Omnadyną wkraczamy w każdej przedłużającej się chorobie, w atypowym jej przebiegu, nieodpowiadającym naszym przewidywaniom; w ten sposób możemy schorzenie skrócić lub przerwać.

Leczenie bodźcowe z silnem zadziałaniem ogólnem i ogniskowem chowa w sobie mimo doskonałych wyników zagadkę nieprzewidzianego odczynu. Organizm żywy nie może wcisnąć się w ramy narzuconego choćby empirycznie schematu i robi nam często niespodzianki. Dlatego z szeregu środków bodźcowych na pierwszem miejscu należy postawić Omnadynę, przestrajającą ustrój i wywołującą odporność bez zadziałań ubocznych, szkodliwych, bez wstrząsu organizmu, Omnadynę, której skala terapeutyczna jest niesłychanie rozległa.

Nie jest moim zamiarem głosić hymny pochwalne, chciałem tylko zaznaczyć, że nie powinniśmy przejść milczkiem mimo rzeczy potrzebnej, korzystnej, a przytem nieszkodliwej.

Dr. A. STUPNICKI, Sanatorjum dla chorych płucnych „Sanitas“, Davos.

DONIESIENIE LECZNICZE O TONOPHOSPHANIE SAMYM I W POŁĄCZENIU Z CAMPOLONEM.

(Referat według Schweiz. med. Wschr. 1934, Nr. 16).

Organiczny preparat fosforowy Tonophosphan wykazuje niewątpliwy pomyślny wpływ leczniczy na liczne przykre objawy zwykle towarzyszące gruźlicy płuc (brak łaknienia, zaburzenia czynności żołądka i kiszek, bóle głowy, bezsenność, poty nocne, zmniejszenie sprawności, złe samopoczucie). Autor wypróbował działanie Tonophosphanu na 7 chorych. Każdy pacjent otrzymał po 25 wstrzykiwań: z początku 15 wstrzykiwań 1%-owego roztworu Tonophosphanu, a następnie 10 wstrzykiwań roztworu 2%-owego (Tonophosphan fortius). Wstrzykiwań dokonywano co drugi dzień. Tolerancja preparatu była bardzo dobra, wstrzykiwania zupełnie niebolesne. Dalszym trzem chorym autor dawał Tonophosphan jednocześnie z wyciągiem wątrobowym, Campolonem. Oba preparaty wstrzykiwano co drugi dzień domięśniowo, w jednej strzykawce. Działanie Tonophosphanu, ew. w połączeniu z Campolonem, było we wszystkich obserwowanych przypadkach bardzo pomyślne, jak tego dowodzą poniższe krótkie opisy:

1. S. K. 24 lata, 50,5 kg. Gruźlica gruczołów wnękowych. Apetyt umiarkowany, zmęczenie, zwłaszcza nad ranem. Bóle głowy, niespokojny sen. Poty nocne. Hb 90%, erytrocyty 4.912.000 Po 25 wstrzykiwaniach Tonophosphanu apetyt znacznie lepszy, często uczucie silnego głodu, zmęczenie mniejsze, sen i wydolność fizyczna lepsze, poty nocne bardzo rzadko, bóle głowy bez zmiany, miesiączkowanie słabsze, waga bez zmiany. Hb 96%, erytrocyty 5.880.000.

2. H. J., 24 lata, 55,6 kg. Gruźlica gruczołów oskrzelowych. Zmniejszenie wydolności, mdłości, apetyt przeważnie zły. Hb 82%, erytrocyty 5.160.000. Po 25 wstrzykiwaniach Tonophosphanu: apetyt dobry, mdłości ustąpiły, stan ogólny znacznie lepszy, waga bez zmian. Hb 95%, erytrocyty 5.224.000.

3. S. J., 25 lat, 50,2 kg. W prawem płucu jama gruźlicza, sztuczna odma. Stan ogólny zły, brak apetytu, skłonność do wymiotów, poty nocne. Hb 95%, erytrocyty 5.704.000. Po Tonophosphanie zwiększenie sił i wydolności, apetyt znacznie lepszy, wymioty i poty nocne ustąpiły, świeży kolor twarzy, 51,7 kg. Hb 85%. Erytrocyty 6.480.000.

4. S. C. 20 lat, 66,7 kg. Jama gruźlicza w lewem płucu. Odma sztuczna. Brak apetytu, bardzo zmęczona, zmniejszenie wydolności. Hb 100%, erytrocyty 4.160.000. Po Tonophosphanie siły i wydolność większe, nie męczy się tak łatwo. Apetyt dobry. Miesiączkowanie nieco słabsze. 65 kg. Hb 100%, erytrocyty 5.288.000.

5. S. S. 55 lat. 51,8 kg. Rozstrzenie oskrzeli. Zmęczenie, osłabienie, często stan depresji, łaknienie złe. Hb 63%, erytrocyty 4.904.000. Po Tonophosphanie silniejsza, apetyt lepszy, kaszel łagodniejszy, w ciągu 3 tygodni zwiększenie się wagi o 2 kg. Hb 67%, erytrocyty 5.540.000.

6. G. M. 34 lata. 55,6 kg. Jama gruźlicza w prawem płucu. Thorakoplastyka. Skłonność do wymiotów. Hb 94%, erytrocyty 6.016.000. 20 wstrzykiwań Tonophosphanu, poprawy podmiotowej brak, jednak wymioty zupełnie ustąpiły. Hb 90%, erytrocyty 6.416.000.

7. B. A. 26 lat. 55,9 kg. Gruźlica gruczołów oskrzelowych. Apetyt i stan ogólny złe. Waga się nie zwiększa. 60 wstrzykiwań Tonophosphanu. Apetyt i stan ogólny poprawiają się znakomicie, waga zwiększa się o 23,5 kg!

8. Obustronna gruźlica płuc. Mdłości i częste wymioty, apetyt zły, często nocne poty. Tonophosphan co drugi dzień podskórnie. Po 10-em wstrzyknięciu co drugi dzień kombinowane domięśniowe wstrzykiwania Tonophosphanu i Campolonu (jednocześnie w jednej strzykawce). Z powodu wyjazdu można było dokonać zaledwie 6 takich wstrzykiwań. Apetyt i stan ogólny poprawiły się znacznie. Mdłości i wymioty ustąpiły, poty nocne bardzo rzadko.

9. W. B. 37 lat. 74,4 kg. W lewem płucu jama gruźlicza. Silny towarzyszący nieżyt oskrzeli. Dużo kaszle i odpluwa, apetyt średni, często okresy mniejszej lub większej gorączki, które zmuszają do pozostawania w łóżku. Hb 104%, erytrocyty 6.776.000. Co drugi dzień Tonophosphan, następnie 10 dalszych domięśniowych wstrzykiwań kombinowanych Tonophosphanu z Campolonem. Stan ogólny poprawia się doskonale, kaszel i odpluwanie mniejsze, apetyt bardzo dobry. W krótkim czasie waga zwiększyła się o 6 kg. Hb 94%, erytrocyty 6.416.000.

10. S. E. 47 lat. 61,2 kg. Suche zapalenie opłucnej. Bóle głowy, bezsenność, apetyt zły, zmęczenie i uczucie osłabienia. Skłonność do krwawienia po najmniejszem nawet skaleczeniu. Przed 8 laty po wyrwaniu zęba niebezpieczny krwotok. W sanatorjum 19 czerwca 1933 r. obfity krwotok kiszkowy z pękniętego wewnętrznego guzka hemoroidalnego; krwawienie powtarzało się trzykrotnie i wymagało dokonania tamponady. Hb 95%, erytrocyty 5.744.000. Ze względu na znaczne osłabienie pacjentki zastosowano co drugi dzień domięśniowe wstrzykiwania Tonophosphanu i Campolonu. Ogółem chora otrzymała 25 wstrzykiwań. Po zakończeniu kuracji: apetyt znacznie lepszy, sen dobry, bóle głowy i zmęczenie ustąpiły, chora czuje się o wiele silniejsza. Waga zwiększyła się o 3 kg. Ponadto po drobnych ukłuciach lub skaleczeniach krzepnięcie krwi znowu zupełnie prawidłowe. Hb 94%, erytrocyty 5.552.000. Przyspieszenie krzepnięcia krwi należało prawdopodobnie zawdzięczać Campolonowi.

Prof. R. v. d. VELDEN i dr. WOLF (Handb. d. prakt. Therapie tom 1 i 2) i inni.

KASZEL I WYKRZTUSZANIE.

U osób ze zdrowym narządem oddychania celem kaszlu jest usuwanie ciał obcych, które przeniknęły do dróg oddechowych i drażnią błonę śluzową. W przypadkach chorób narządu oddechowego kaszel wypełnia ważne zadanie usuwania z dróg oddechowych produktów wydzielania i rozpadu. Kaszel przedstawia więc zjawisko celowe i potrzebne dla utrzymania sprawności czynności oddechowych. W niektórych jednak przypadkach kaszel nabiera cech tak zwanego kaszlu z podrażnienia; kaszel taki nietylko że nie jest pożyteczny, ale może być nawet szkodliwy; do tej grupy kaszlu niecelowego należy zaliczyć również kaszel nerwowy lub histeryczny. Zadania lecznicze dotyczące kaszlu polegają albo na pobudzaniu potrzebnego kaszlu albo na łagodzeniu kaszlu, którego natężenie przekracza potrzebną miarę. Kaszel możemy zarówno wywoływać dowolnie jak i do pewnego stopnia hamować istniejące podrażnienie kaszlowe. Naogół jednak kaszel powstaje odruchowo, niezależnie od naszej woli. Odruch kaszlowy wytwarza się przedewszystkiem pod wpływem

podrażnienia błony śluzowej krtani, tchawicy i głębszych oskrzeli. Samo płuco nie bywa, jak się zdaje, źródłem podrażnienia kaszlowego, natomiast podrażnienie opłucnej wywołuje z łatwością odruch kaszlowy. Niezawsze można stwierdzić, co jest bezpośrednią przyczyną wywołującą kaszel. Przy podrażnieniu opłucnej już głębszy oddech, przy zapaleniu tchawicy prąd zimniejszego powietrza, gdy np. zamiast przez nos wciągniemy powietrze przez usta, wystarczają dla wywołania napadu kaszlowego. Zakurzone powietrze, drażniące gazy, również dym tytoniowy wywołują kaszel; powszechnie jednak wiadomo, że można się do tych szkodliwych czynników przyzwyczaić. Miejscem powstania bodźca kaszlowego może również być i sama błona śluzowa dróg oddechowych; śluz, nagromadzający się w oskrzelach w nadmiernej ilości wskutek zmian nieżytowych, odgrywa rolę bodźca mechanicznego. Niektóre leki, jak np. apomorfina, pobudzają wydzielanie śluzu i mogą w ten sposób pośrednio wywoływać kaszel. Nie każdy pacjent reaguje jednakowo na miejscowe bodźce wywołujące odruch kaszlowy, gdyż zależy on w znacznym stopniu również od ogólnej pobudliwości nerwowej. Ludzie silniejsi i odporniejsi nie kaszlą czasem nawet wtedy, gdy inni dostają w tych samych warunkach gwałtownych napadów kaszlowych. Jeżeli prawidłowy odruch kaszlowy zostaje sztucznie przytłumiony, np. w uśpieniu, to nietamowane spływanie wydzieliny do drobnych oskrzelików grozi zapaleniem płuc.

Podobnie jak niebezpiecznym może być brak reakcji kaszlowej, również i kaszel zbyt silny lub długotrwały okazuje się często bardzo szkodliwym, gdyż ciężkie napady kaszlowe przedstawiają zawsze wysiłek, który zwłaszcza u osobników chorych wywiera niepomyślny wpływ na stan ogólny. Częsty i dokuczliwy kaszel osłabia elastyczność tkanki płucnej i sprzyja wytwarzaniu się rozedmy.

Kaszel sam przez się nie jest żadną jednostką chorobową, lecz wyłącznie objawem chorobowym i często dla uśmierzenia kaszlu wystarcza leczenie cierpienia podstawowego. Zdarza się jednak bardzo często, że kaszel, niezależnie od swego podłoża, tak wyczerpuje pacjenta, że wymaga bezpośredniej interwencji leczniczej. Jeżeli mamy do czynienia z kaszlem bardzo męczącym lub z nerwowem podrażnieniem kaszlowem, wówczas wolno kaszel przytłumiać. Nierzadko już wilgotny okład na piersi sprawia znaczną ulgę. W przypadkach silniejszego kaszlu należy się zwracać odrazu do odpowiednich swoistych środków przeciwkaszlowych.

Jeżeli usunięcie wydzieliny lub produktów rozpadu z oskrzeli uważamy za potrzebniejsze i ważniejsze niż uspokojenie kaszlu, wówczas uzależniamy leczenie od zachowania się wydzieliny. Wydzielina oskrzelowa może być obfita i płynna lub też skąpa i gęsta; wykrztuszanie gęstej plwociny bywa zwykle bardzo trudne. U chorych z bardzo obfitem wydzielaniem staramy się wykrztuszanie ułatwić i, jeśli to jest możliwe, jednocześnie ograniczyć ilość wydzieliny. Ułatwienie wykrztuszania osiągamy zapomocą wszelkich zabiegów, które pobu-

dzają czynność oddechową, a więc zapomocą głębokiego oddychania i środków wykrztuśnych (Senega, Cortex Quillajae, Natrium benzoicum i t. d.). Działanie lecznicze większości środków wykrztuśnych jest jednak bardzo niepewne. W poszczególnych przypadkach wcale niełatwo bywa rozstrzygnąć, czy należy dążyć do ograniczenia obfitej wydzieliny, czy też tylko ułatwić jej wykrztuszanie. Naogół można powiedzieć, że im rzadsza jest wydzielina, tem bardziej należy się starać o ograniczenie jej ilości; jeżeli natomiast wydzielina jest gęsta, lepka, ropna, to wskazane jest raczej dążenie do jej rozrzedzenia i ułatwienia wykrztuszania. Wydzielinę ograniczają preparaty wapnia oraz atropina i belladonna. Zarówno jednak atropina jak i belladonna posiadają tę stronę ujemną, że ograniczają nietylko wydzielanie śluzówek dróg oddechowych, lecz zmniejszają również wydzielanie śliny, tak że chorzy skarżą się na bardzo przykre wrażenie suchości w ustach i w gardle.

Dla rozrzedzenia lepkiej wydzieliny stosujemy inhalacje pary wodnej, ew. z dodatkiem soli, albo środki wykrztuśne, które wydzielają się przez błonę śluzową oskrzeli, zwiększają ilość wydzieliny i ułatwiają jej wykrztuszanie. Oprócz ipekakuanhy i apomorfiny należy tu przedewszystkiem wymienić preparaty kreozotowe, amonowe i jodowe.

Jedna z najcenniejszych własności leczniczych kreozotu polega na działaniu pobudzającem wydzielanie błon śluzowych dróg oddechowych. Dokładne badania porównawcze poszczególnych składników kreozotu wykazały, że najpomyślniejszy wpływ leczniczy na przebieg schorzeń nieżytowych oskrzeli i górnych dróg oddechowych wywierają związki krezolowe, pozbawione uprzednio swych własności trujących przez związanie z kwasami sulfonowemi. Stwierdzono przytem, że również i błona śluzowa krtani przyjmuje wybitny udział w zwiększaniu i rozrzedzaniu wydzielania. Powyższe spostrzeżenia były podstawą przy wytworzeniu Kresivalu, zawierającego jako składnik czynny wyłącznie kwas krezolosulfonowy w postaci jego soli wapniowej.

Zetknięcie Kresivalu ze śluzówką żołądka nie wywołuje żadnych objawów podrażnienia, które występują zwykle przy stosowaniu analogicznych preparatów gwajakolowych lub kreozotowych. Kresival umożliwia przyjemne, łatwe wykrztuszanie, łagodzi podrażnienie kaszlowe, rozrzedza wydzielinę oskrzelową i skraca przebieg ostrych nieżytów dróg oddechowych. Dokuczliwy kaszel, który można uspokoić często jedynie zapomocą preparatów narkotycznych, ustępuje zwykle pod wpływem Kresivalu bardzo szybko.

Na uwagę zasługuje następnie działanie wykrztuśne jodu. Ciężkie napady kaszlowe stają się łagodniejsze i rzadsze. Jod wywiera pewien wpływ drażniący na błonę śluzową, przez którą się wydziela. W przypadkach nieżytów oskrzeli z gęstą wydzieliną jod rozrzedza lepki śluz i ułatwia wykrztuszanie. Jeżeli zależy nam na szybkości rozrzedzenia wydzieliny, wówczas stosujemy jod w postaci wstrzykiwań. Przy przewlekłych nieżytach oskrzeli wystarcza dłuższe podawanie doustnych preparatów jodowych, jak Alival, Sajodina i t. p., które nie grożą wywołaniem objawów jodzicy i odznaczają się doskonałą tolerancją.

Jak już wspomnieliśmy, kaszel przedstawia zawsze tylko objaw, nie wolno więc nigdy zaniedbywać starannego leczenia choroby podstawowej. Przy leczeniu np. tak zwanego bronchitu z zaziębienia należy zawsze oprócz omówionych środków wykrztuśnych podawać Aspirinę, Melubrinę, Pyramidon, ew. w połączeniu z kodeiną. W przypadkach ciężkich przewlekłych nieżytów oskrzelowych, a zwłaszcza przy dychawicy oskrzelowej, należy przedewszystkiem starać się wykryć przyczynę istniejącej nierzadko nadwrażliwości w stosunku do określonych związków. Według *Storm van Leeuwena* leczymy dychawicznych pacjentów, u których udało się zapomocą prób skórnych wykryć chorobotwórczy alergen, przez odczulanie, natomiast w przypadkach, w których przyczyna nadwrażliwości jest trudna lub niemożliwa do wykrycia, stosujemy kamery bezalergenowe. Zarówno jeden jak i drugi sposób leczenia jest jednak technicznie bardzo trudny i metody te nie uzyskały dotychczas większego rozpowszechnienia. Ostatnio uzależnia się dychawicę oskrzelową, powstającą na tle nadwrażliwości, również od zaburzeń w gospodarce hormonalnej; w niektórych opisywanych przypadkach udawało się osiągnąć wyleczenie zapomocą stosowania Prolanu lub odpowiednich hormonów płciowych. Znane są również pomyślne wyniki leczenia alergicznej postaci astmy zapomocą wstrzykiwania preparatów wątrobowych (Campolon). Dla złagodzenia nadwrażliwości przy dychawicy oskrzelowej stosuje się z powodzeniem również i wstrzykiwania preparatów wapniowych. Nerw wywołujący stan skurczowy mięśniówki oskrzelowej pochodzi, jak wiadomo, od nerwu błędnego i na tej zasadzie stosuje się dla jego porażenia atropinę; można ew. osiągnąć ten sam wynik na drodze pobudzenia antagonistycznie działającego nerwu współczulnego (Suprarenina, Hypophysina). Suprarenina wywiera wpływ bardzo pomyślny, lecz działanie jej jest krótkotrwałe i z tego względu stosuje się ostatnio Ephedrinę (Racedrinę) lub połączenie Racedriny z Suprareniną (Rephrinę). W przypadkach zapalenia, ropnia lub zgorzeli płuc zwykłe środki wykrztuśne przeważnie nie wykazują wyraźniejszego działania, gdyż poważne te choroby wymagają innej, energiczniejszej interwencji.

Dr. A. NAWRATIL, II Klin. wewn. Uniw. w Pradze.

SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE NAD DZIAŁANIEM PHANODORMU, NOWEGO ŚRODKA NASENNEGO.

(Referat według Münch. med. Wo. 1926. Nr. 33).

Autor ogłasza sprawozdanie z wyników stosowania nowego środka nasennego Phanodormu u 160 chorych klinicznych, cierpiących na różne postacie bezsenności. Wszystkim chorym z tak zwaną samoistną bezsennością, zależną od nadwrażliwości kory mózgowej, u których nawet bodźce poniżej progu zwykłej pobudliwości działały jako czynniki wystarczające dla obudzenia, następnie chorym ze snem bardzo powierzchownym, dalej pacjentom z prawidłową pobudliwością kory mózgowej, lecz będącym pod wpływem przykrych stanów psychicznych, kłopotów i trosk — podawano Phanodorm w dawce od 0,1 do 0,3 g i osiągano w ten sposób spokojny, głęboki sen. W przeciwieństwie do innych pochodnych kwasu barbiturowego działanie nasenne ujawniało się już po upływie ½ do 1 godziny; jedynie w nielicznych przypadkach chorzy zasypiali dopiero po 1½ do 2 godzinach. Czas trwania snu wahał się od 6 do 10 godzin. Zaśnięcie następowało bez najmniejszego nawet pobudzenia; przy obudzeniu się chorzy czuli się wypoczęci i nie doznawali żadnych objawów działania ubocznego. Nawet długotrwałe nieprzerwane przyjmowanie Phanodormu nie wywoływało żadnych oznak kumulacji, przyzwyczajenia lub zaburzeń ze strony narządów wewnętrznych. Autor podawał przeważnie 0,2 g na dawkę w ciągu 4—5 dni, poczem odstawiał środek nasenny na 1—2 dni. Okazało się, że chorzy również i w ciągu tych przerw, gdy nie otrzymywali Phanodormu, spali dobrze. Zależnie od przypadku, od postaci i przyczyny bezsenności, autor zasadniczo zawsze dążył do stopniowego odstawiania Phanodormu i do umożliwienia snu bez środka nasennego. Phanodorm wywierał pomyślny wpływ na chorych również i w tych przypadkach, w których przyczyną bezsenności były zewnętrzne bodźce chorobowe, jak np. bóle, gorączka, kaszel, duszność. Również i w przypadkach, w których sam Phanodorm okazywał się niedostateczny dla sprowadzenia snu, następowało jednakże wyraźne uspokojenie podnieconych pacjentów. Phanodorm zawodził zupełnie jedynie w przypadkach ciężkiej duszności, silnego podrażnienia kaszlowego i dokuczliwych bólów, w których również i narkotyki nie sprawiały większej ulgi. W przypadkach bezsenności z powodu uporczywych bólów, w których zarówno środki przeciwbólowe jak i nasenne, podawane oddzielnie, nie były w stanie sprowadzić snu, połączenie Phanodormu ze środkiem przeciwbólowym wywierało w znakomitej większości przypadków doskonałe działanie nasenne. Tolerancja Phanodormu była bardzo dobra i chorzy przyjmowali ten preparat chętnie i bez żadnych zastrzeżeń.

Dr. M. TAUBENHAUS, Wiedeń.

W SPRAWIE BIEGUNEK U CHORYCH CUKRZYCOWYCH.

(Referat według Med. Klin. 1933, Nr. 49).

Biegunki u chorych cukrzycowych należy zawsze uważać za objaw bardzo poważny, wymagający doraźnej interwencji ze strony lekarza. Wiadomo, że cukrzyca powoduje stosunkowo rzadko powikłania kiszkowe, tak że w razie wystąpienia takich powikłań niekoniecznie muszą one zależeć bezpośrednio od choroby zasadniczej. Naogół diabetyk podlega chorobom kiszkowym zupełnie tak samo jak każdy przeciętny człowiek, gdyż rządzą nim te same prawidła patologji ogólnej. Jedynie przy leczeniu należy zawsze liczyć się z zasadniczo innym stanem przemiany materji chorego na cukrzycę.

Z pośród przyczyn biegunek, występujących u diabetyków, należy na pierwszem miejscu wymienić brak kwasu żołądkowego, na który cierpią liczni chorzy cukrzycowi. W przypadkach takich należy wporę zastosować odpowiednie leczenie, aby usunąć powikłanie żołądkowe i nie dopuścić do wystąpienia nieżytu żołądka.

Również i dieta przeciwcukrzycowa, którą przestrzega chory, może być powodem biegunek. Np. dieta obfitująca w tłuszcze bardzo często wywołuje zaburzenia kiszkowe. Nawet zupełnie zdrowy przewód pokarmowy ma w stosunku do tłuszczu dość ograniczoną tolerancję, której przekroczenie musi wywołać objawy niestrawności.

Należy również pamiętać, że liczne substancje słodzące, jak sacharyna, Siononi t. d. mogą wywoływać biegunki, wobec czego w przypadkach zaburzeń kiszkowych należy je natychmiast usunąć z pożywienia pacjenta. Zarządzenie takie zwykle zupełnie wystarcza, aby w odpowiednich przypadkach szybko przywrócić zachwianą równowagę.

Również i syntalina, zalecana dla leczenia cukrzycy, może wywoływać biegunki, przyczem nie wiadomo jeszcze, czy te biegunki nie zależą od ewentualnego uszkodzenia wątroby. *Junker* i inni autorzy wykazywali niedawno na drodze doświadczalnej, że leczenie preparatami guanidyny może wywołać zmiany wątrobowe. W takich warunkach należy oczywiście natychmiast przerwać stosowanie syntaliny.

Należy również pamiętać o istnieniu prawdziwych biegunek trzustkowych, zwłaszcza w przypadkach, w których biegunka u diabetyka przebiega z gwałtownemi objawami brzusznemi lub u diabetyków dotkniętych przewlekłemi postaciami biegunek. W przypadkach takich należy dokonać starannego badania czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki. W tym celu wykonywamy dokładną analizę stolca, w razie potrzeby po pożywieniu obfitującem w związki tłuszczowe, następnie badamy diastazę w moczu i w surowicy krwi. Wskazanem jest również zbadanie zachowania się surowicy w stosunku od odczynu.

lipazy na atoksyl. Metoda ta, wprowadzona przez *Ronę*, daje wyraźne wyniki rozpoznawcze nawet w tych przypadkach, w których inne sposoby diagnostyczne zawodzą.

Wreszcie nie wolno zapominać, że liczni diabetycy cierpią na przewlekłe zaparcie. Otóż okresy takiego uporczywego zaparcia bywają nierzadko przerywane okresami gwałtownych biegunek, których przyczyną jest właśnie pierwotne zaparcie. W przypadkach takich leczenie powinno oczywiście być skierowane przeciwko zaparciu jako chorobie zasadniczej.

Biegunki szybko przemijające nie wykazują naogół żadnego wyraźniejszego wpływu na przemianę węglowodanową chorego i w większości przypadków wystarczają już drobne wskazówki lecznicze, w rodzaju powyżej omówionych, dla niedopuszczenia do dalszego rozwoju cierpienia; zasadniczego leczenia dietetycznego choroby cukrowej można nie zmieniać i nie przerywać.

Jednakże zdarzają się przypadki, w których cierpienie kiszkowe stanowi bardzo poważne powikłanie, wymagające doraźnej interwencji lekarskiej i zastosowania energicznych zabiegów terapeutycznych. Chorzy, którzy jeszcze niedawno czuli się zupełnie dobrze i nie mieli prawie wcale cukru w moczu, wykazywali czasami już w kilka godzin po wystąpieniu biegunki objawy ciężkiej cukrzycy z acetonem i kwasem aceto-octowym w moczu; stan ogólny tych pacjentów pogarszał się gwałtownie; można go było określić jako stan przedśpiączkowy, który w razie utrzymywania się biegunki groził przejściem w prawdziwą śpiączkę cukrzycową. Przyczyny tego fatalnego wpływu biegunek na ustrój chorego cukrzycowego są dość liczne. Wchodzi tu w rachubę przedewszystkiem szybka utrata węglowodanów wskutek przyspieszonego przechodzenia pokarmów przez przewód pokarmowy, następnie utrata płynów, wchłanianie związków toksycznych, gorączka i t. d.

Chory cukrzycowy, leczony insuliną, powinien jeszcze z innych względów możliwie jaknajstaranniej unikać biegunek, gdyż biegunki wzmagają w wielkim stopniu wrażliwość na insulinę. Chorzy leczeni insuliną, którzy w ciągu długiego czasu nie wykazali żadnych objawów ubocznych, wykazują z chwilą wystąpienia biegunek wyraźne oznaki hipoglikemiczne, mogące przyjąć bardzo groźne rozmiary.

Jeżeli zwykłe sposoby leczenia biegunek nie doprowadzają dostatecznie szybko do pożądanego celu i jeżeli stan chorego stale się pogarsza, to należy zadziałać energiczniej zarówno na zaburzenia kiszkowe jak i na cukrzycę. Leczenie to powinno uwzględniać następujące warunki:

1. Uspokojenie w miarę możności nadmiernie pobudzonej czynności przewodu pokarmowego.

2. Dostarczanie ustrojowi potrzebnej ilości węglowodanów. W razie potrzeby stosowanie odpowiednich (małych) dawek insuliny.

3. Przestrzeganie diety małosolnej na wzór diety przeciwzapalnej *Noordena*.

4. Dostarczanie obfitej ilości płynów.

Leczenie biegunki u diabetyka zaczynamy od dni „głodowych", mających na celu zapewnienie odpoczynku chorym kiszkom. Nawet biegunki trwające uporczywie już od wielu dni ustępują zwykle pod wpływem przestrzegania jednego dnia postu. Dnie „głodowe" wywierają do pewnego stopnia pomyślny wpływ również i na samą cukrzycę.

Jedynie w przypadkach, w których ustrój już jest w znacznym stopniu pozbawiony węglowodanów, zachodzi niebezpieczeństwo zwiększenia się ilości związków ketonowych i związanej z niemi kwasicy. Jeżeli podczas biegunek występują, jak to się często zdarza, objawy kwasicy, to należy dostarczyć choremu w ciągu dnia „głodowego" dostatecznej ilości węglowodanów drogą pozajelitową, lub jeśli to jest możliwe, per rectum. Stosujemy w tym celu 20%-owy roztwór glukozy do wstrzykiwań dożylnych lub roztwór 5%-owy do wstrzykiwań podskórnych. Wstrzykiwania te można powtarzać co 2 lub 3 godziny, przyczem ogólna ilość podanej glukozy powinna wynosić około 100 g. W razie potrzeby dodajemy do wstrzykiwanego płynu małe dawki insuliny; należy jednak przytem postępować bardzo ostrożnie i zwracać cały czas baczną uwagę na całokształt obrazu klinicznego. Jeśli to jest możliwe, wskazane jest badać kilka razy dziennie mocz na zawartość cukru i acetonu.

Jedynie w ten sposób można określić najodpowiedniejszą dla chorego dawkę glukozy i insuliny, nie narażając pacjenta na żadne przykre powikłania.

W dniu głodowym chory nie powinien wcale opuszczać łóżka. W razie potrzeby podtrzymujemy krążenie krwi zapomocą stosowania dużych dawek środków tonizujących serce. Dla zmniejszenia podrażnienia pacjenta podaje się z powodzeniem małe dawki Luminalu.

Już w pierwszym dniu postu stan chorego zwykle znacznie się poprawia. Jeżeli poprawa nie następuje, to można przedłużyć głodówkę o 6 do 24 godzin. Osłabienie fizyczne i wychudzenie nie stanowią przeciwwskazań do zastosowania dnia głodowego.

Jeżeli stan chorego nie jest zbyt ciężki, to znaczy, jeżeli podaje się pożywienie drogą doustną, wówczas można podawać glukozę pod postacią kawałków cukru, rozpuszczonych w czystej herbacie. Te „dnie cukrowe" zatrzymują zwykle szybko nawet bardzo ciężkie biegunki.

Następnego dnia chory zaczyna jeść. Należy przytem starannie uwzględniać wszelkie zastrzeżenia nakazane przez współistnienie u pacjenta dwóch poważnych cierpień.

Dieta chorego powinna być tego rodzaju, aby pokarmy nie zatrzymywały się zbyt długo w żołądku, szybko wchłaniały się w kiszkach i możliwie nie drażniły przewodu pokarmowego. Jednocześnie nie mogą to być pokarmy niedozwolone dla diabetyka ze względu na jego upośledzoną przemianę materji.

Najbardziej odpowiadają tym wymaganiom „dnie owsiankowe" wprowadzone do lecznictwa cukrzycy przez *Noordena.*

Podczas „dni owsiankowych" nie należy wcale podawać tłuszczów, gdyż obciążają one nadmiernie przewód pokarmowy, a pozatem sprzyjają wytwa-

rzaniu się związków ketonowych. Dla przygotowania zupy owsiankowej nieodpowiedni jest również i buljon, który ze względu na znaczną zawartość związków wyciągowych pobudza zbyt silnie wydzielanie kiszkowe. Wystarcza jeśli się owsiankę ugotuje na wodzie z dodatkiem nieznacznej ilości soli.

Taką samą wartość jak owsianka mają owoce, które różnią się jednak korzystnie swym bez porównania lepszym smakiem. Leczenie biegunek dietą owocową jest na klinice *Noordena* stosowane na szeroką skalę. Doświadczenie wykazało, że same owoce bez dodania żadnego innego pożywienia mogą doraźnie przezwyciężać nawet bardzo uporczywe postacie biegunek. Spostrzeżenie to zostało następnie potwierdzone przez licznych autorów. Najważniejsze zalety diety owocowej stanowią: znaczna zawartość łatwowchłanialnych węglowodanów, duża ilość wody i przyjemny smak. Owoce zawierają bardzo mało soli, co również może wywierać pomyślny wpływ leczniczy na stan zapalny błony śluzowej przewodu pokarmowego. Bezwzględny brak związków tłuszczowych tak samo należy uważać za okoliczność dodatnią.

Również i przy leczeniu samej cukrzycy owoce odgrywają obecnie znacznie większą rolę niż dawniej.

Czas przestrzegania diety owocowej uzależniamy od stanu chorego, który rozstrzyga również i w sprawie stosowania insuliny.

Dla uniknięcia nawrotów najlepiej stosować metodę *Noordena*, który po zakończeniu ścisłej diety owocowej, zaleca następnie przestrzegać dnie owocowe 1 lub 2 razy tygodniowo. W ten sposób przechodzi się stopniowo do zwykłej, odpowiedniej dla danego diabetyka diety.

Biegunki przewlekłe zdarzają się u chorych cukrzycowych jedynie wyjątkowo. Współistnienie przewlekłej biegunki i cukrzycy narzuca podejrzenie cierpienia trzustkowego i wymaga przeprowadzenia odpowiednich badań różniczkowych. Leczenie nie różni się zasadniczo od powyżej opisanego, należy je jednak stosować przez czas znacznie dłuższy. Podawanie preparatów trzustkowych jest wskazane nawet w tych przypadkach, w których nie udaje się wykryć bezpośrednich objawów zaburzeń trzustkowych. Należy jednak przytem pamiętać, że preparaty trzustkowe różnią się bardzo znacznie swą wartością leczniczą i z tego względu należy zalecać tylko takie, które istotnie zawierają znaczną ilość czynnych fermentów i podlegają stałej kontroli.

Dokładne i wszechstronne zbadanie wszystkich przyczyn, mogących wywołać biegunki, pozwala, jak widzimy, w znacznej większości przypadków osiągnąć pożądany cel leczniczy.

H. PETERS, HAESER, BAAS i inni.

LEKARZ NA OBRAZACH Z UBIEGŁYCH STULECI.

Jeśli zastanowimy się nieco nad tematami, jakie stosunkowo najchętniej i najczęściej wybierali sobie malarze ubiegłych stuleci, to dojdziemy do przekonania, że lekarz musiał widocznie należeć do osób najbardziej popularnych. Popularność, chociaż przez ogół bardzo ceniona, ma jednak również i strony ujemne. Poważanie bowiem i życzliwe uznanie może się z niesłychaną łatwością zamienić w żarty, szyderstwa i złośliwą uciechę. Człowiek, który wie coś takiego, czego inni nie wiedzą, jest prawie zawsze traktowany przez otoczenie z uczuciem trochę krępującego uszanowania; w jeszcze większym stopniu odnosi się to zwłaszcza do przypadków, gdy ta wiedza jednostki dotyczy nas samych, naszego ciała, naszego zdrowia. Każdego przeciętnego człowieka ogarnia przykre uczucie, gdy jest zmuszony zwrócić się do lekarza z prośbą o poradę. Troska i obawa o wynik badania łączą się z pewną irytacją, że oto inny człowiek wie, co się w nas samych dzieje, że wie więcej niż my sami. Ponadto nigdy nie jesteśmy pewni, czy nam lekarz istotnie powie całą prawdę, czy też mniej lub więcej ją przed nami ukryje. Los nasz znajduje się w mniejszym lub większym stopniu w innych rękach, wydaje się nam, że jesteśmy oddani na łaskę lekarza i jesteśmy zmuszeni bezradnie zgadzać się na tę sytuację i znosić ją cierpliwie. Im bardziej wierzymy we



Anatomja Hogartha 1697 — 1764



Consilium medicum — *Geyer*

wzniosłą nieomylność lekarskiego poznawania i postępowania, tem silniejsze ogarnia nas uczucie upokorzenia i niższości. Nic więc dziwnego, że doznajemy jakby ulgi, jeżeli uda się nam wykryć u lekarza jakąś wadę lub śmieszność i pomniejszyć w ten sposób tego wielkiego vir doctissimus. Patrzcie, przecież to jest zupełnie taki sam człowiek jak my, ze wszystkiemi naszemi ludzkiemi słabostkami! — A przecież i jego wiedza nie jest bynajmniej tak doskonała, jak to sobie niektórzy wyobrażają, toć zdania lekarzy rzadko kiedy są jednomyślne, istnieją również liczne sprawy, których on tak dokładnie nie zna! Złośliwy malarz myśli sobie dalej: lekarz nie jest również żadnym szlachetnym idealistą — dba o pieniądze i ceni ich wartość zupełnie tak samo jak my, nie zaniedbuje i swej własnej osoby i stara się szczególnie o względy tych ludzi, którzy mu mogą być w jakikolwiek sposób potrzebni lub pożyteczni!



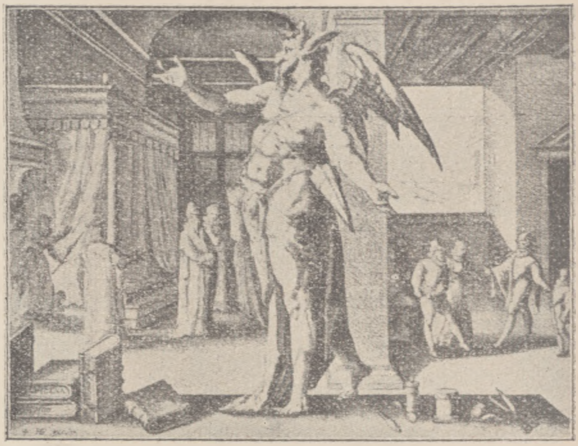
Lekarz jako anioł *Goltzius 1558 — 1616*

Również i zazdrość i nieżyczliwość nie są mu obce. Wogóle portrety lekarzy nie przedstawiają nas w życzliwem świetle. Lekarze na dawnych obrazach przeważnie nie są ludźmi wrażliwymi, miłosiernymi, delikatnymi, dyskretnymi; lekarze ci chwalą się swemi zasługami, nadużywają zaufania, pysznią się powodzeniem; nie są to posłannicy bogów; biedny chory człowiek jest dla nich rzeczą pospolitą i obojętną, odnoszą się do cierpień ludzkich bez należytego współczucia i traktują je jako przedmiot mniej lub więcej ciekawych badań; ból i wstyd mało obchodzą lekarza, — ach, lekarze może są wszystkiem, ale z pewnością nie są dobroczyńcami ludzkości; są albo nadętymi pyszałkami albo złośliwymi niszczycielami! Taką wydaje się opinja malarzy o lekarzach, jeżeli o niej sądzić na podstawie licznych obrazów, z których kilka tu reprodukujemy. Jeżeli przyjrzymy się tym obrazom, to przekonamy się, że żadna złośliwość nie jest zbyt jaskrawa, żadna pogarda zbyt głęboka, jeżeli chodzi o po-



Lekarz jako bóg *Goltzius*

gnębienie lekarza! Czyż to nie nienawiść do całego stanu lekarskiego przemawia z obrazu *Hogartha:* „Reward of Cruelty"? Obraz ma przedstawiać sekcję, lecz wyraz strasznego bólu i okropnych cierpień nasuwa przekonanie, że to żyjąca, przytomna ofiara podlega okropnym torturom. Do tego dołączają się zadowolone, uśmiechnięte twarze anatomów — straszna galerja sadystów! Conajmniej tak samo odpychającym jest drugi obraz *Hogartha* „Company of Undertakers"; twarze lekarzy przedstawiają wyraz najgorszego materjalizmu, nietajonej chciwości i wogóle najniższych instynktów ludzkich; cały obraz tchnie pogardą, która kierowała pendzlem malarza i która znacznie przekracza granice zwykłej satyry lub ironji. Stosunkowo łagodnym i niewinnym jest obraz *Geyera* „Consilium medicum", na którym lekarze zamiast w sposób godny i poważny zastanawiać się nad chorobą i leczeniem pacjenta starają się wzajemnie przekrzyczeć. Najbardziej upraszcza całą sprawę *Goya y Lucientes:* lekarz na jego obrazie to poprostu zwykły osioł. „De quel mal morira" — tak brzmi nazwa tego obrazu (Z jakiego powodu się umiera), czyli według słynnego artysty właściwie niewiadomo, czy umiera się z powodu choroby czy też z winy lekarza.



Lekarz jako djabeł — *Goltzius*

Drzeworyt ilustrujący dzieło *Sebastiana Branta* „Okręt błaznów" przedstawia lekarza z czapką błazeńską na głowie. Powszechnie znane są trzy piękne obrazy *Goltziusa;* na pierwszym lekarz spieszący do chorego przedstawiony jest w postaci anioła; po wyleczeniu pacjenta lekarz urasta w pojęciu chorego do obrazu boga (obraz drugi); gdy jednak lekarz upomina się o należne mu wynagrodzenie, natychmiast zamienia się w djabła (obraz trzeci). Obrazy *Goltziusa* uwidoczniają materjalne podłoże idealnego samego przez się zawodu lekarskiego. Wyszydzanie *Goltziusa* dotyczy jednak nie lekarza, a chorego i jego otoczenia: przecież to oni błagają lekarza, aby jak anioł pośpieszył na ratunek, aby sprawił ulgę cierpiącemu i przywrócił mu utracone



Lekarz u łoża chorego — *Kleinschmidt*

zdrowie. Społeczeństwo żąda od lekarza, aby na wzór wszechmogących bogów czynił cuda przy łożu chorego. Jednakże po wyleczeniu zarówno chory jak i jego rodzina szybko zapominają o minionem niebezpieczeństwie i wszelkiemi sposobami starają się uniknąć obowiązku słusznego wynagrodzenia za



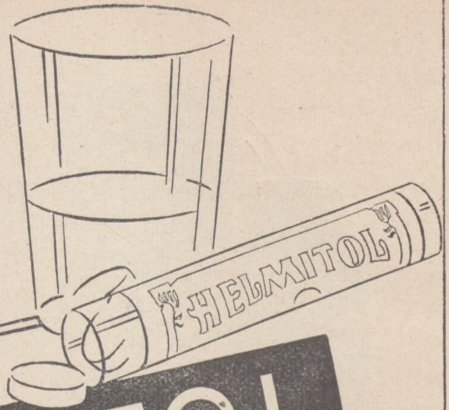
De quel mal morira — *Goya 1746—1828*



„Okręt błaznów" — *S. Brant, Bazylea 1494*

jego pracę. Wtedy lekarz to już nie szlachetny anioł-zbawiciel, lecz wstrętny djabeł, dbający głównie o swe pieniężne sprawy. Z obrazów tych przemawia do pewnego stopnia również i znane doświadczenie, którego nie uniknął chyba żaden lekarz, gdyż zbyt głęboko przeniknęło ono do szerokich warstw społeczeństwa: jeżeli choroba przyjmuje zły obrót, to jest to winą lekarza, jeżeli zaś pacjent się poprawia, to pomogła mu natura!

Nie, zawód lekarski napewno nie jest zawodem wdzięcznym; jeżeli nawet czasami się zdarza, że lekarz zdobywa sobie wielką sławę i powodzenie, to jednak w znakomitej większości przypadków sądzą lekarzy niezasłużenie zbyt surowo i los ich przeważnie nie jest zazdrości godny. Nie ulega wątpliwości, że ocena lekarza przez społeczeństwo prawie nigdy nie jest sprawiedliwa. Lekarz musi więc umieć z pogodą znosić trudy i gorycze swego zawodu, starać się poznać samego siebie i w miarę możności przezwyciężać swe wady.


HELMITOL

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

WZORY RECEPT Z PELLIDOLEM.

1) Rp. Pellidoli	2,0
Vasel. flav. ad	100,0
M. f. ungt.	
S. Maść dla leczenia ran.	

2) Rp. Pellidoli	2,0
Lanolini ad	100,0
M. f. ungt.	
S. Dla pobudzania ziarniny.	

3) Rp. Pellidoli	2,0
Pastae Zinci ad	100,0
M. f. ungt.	
S. Dla leczenia egzemy.	

4) Rp. Pellidoli	2,0
Mitin. pur. ad	100,0
M. f. ungt.	
S. Dla regeneracji naskórka.	

5) Rp. Pellidoli	2,0
Ol. Olivarum ad	100,0
M. leni calore.	
D. S. Oliwa dla leczenia ran.	

6) Rp. Pellidoli	5,0
Talci veneti ad	100,0
M. f. pulvis.	
S. Puder do zasypywania ran.	

7) Rp. Pellidoli	5,0
Bolus alb. ad	100,0
M. f. pulvis.	
S. Puder do zasypywania ran	

8) Rp. Pellidoli	1,0
Xeroformii	2,0
Zinci oxydati	5,0
Vasel. americ. albi	25,0
M. D. S. Maść (przy oparzeniach).	

9) Rp. Pellidoli	1,0
Alumnoli	0,5—1,0—2,0
Glycerini	20,0
Lanol. anhydric.	5,0
M. D. S. Maść (przy ubytkach skórnych z zarazkami ropnemi).	

10) Rp. Pellidoli	1,0
Hydr. sulfur. rubr.	0,1—0,2
Zinci oxydati	3,0
Ungt. lenient.	25,0
M. D. S. Maść (przy pyodermjach).	

Wydzielanie Prolanu przy nadciśnieniu samoistnem.

Wszystkie objawy nadciśnienia samoistnego stanowią jakby przeciwstawienie objawów charłactwa typu *Simmonda*, będącego wynikiem osłabienia czynności przedniej części przysadki mózgowej. Z tego względu *Kylin* wyraża przypuszczenie, że nadciśnienie samoistne zależy od nadmiernej czynności przedniego płata przysadki. Dla wyjaśnienia tego zagadnienia *Kylin* zbadał wydzielanie Prolanu u 40 osób będących w wieku wykazującym największą skłonność do nadciśnienia. U 11 osób z prawidłowem ciśnieniem krwi nie można było wykazać obecności Prolanu w moczu nawet przy pięciokrotnem stężeniu moczu. U 27 pacjentów z mniejszem lub większem nadciśnieniem stwierdzono w moczu tem większą zawartość Prolanu, im stopień nadciśnienia był większy. W dwóch przypadkach bardzo dużego nadciśnienia odczyn na Prolan wypadał wybitnie dodatnio już nawet w niestężonym moczu.

Dr. E. Kylin,
Szpit. Powsz. w Jönköping.
(Dtsch. Arch. klin. Med. 1934, tom 176).

Moje spostrzeżenia nad działaniem nasennem Evipanu.

Działanie nasenne Evipanu wypróbowałem po raz pierwszy na samym sobie. Zasypiałem, coprawda, przeważnie zupełnie łatwo, jeżeli jednak budzono mnie w nocy, to potem zaledwie z wielkim trudem mogłem powtórnie zasnąć. A jakiemu lekarzowi nie zdarza się, aby mu nie zakłócano spokoju nocnego? Po kilku godzinach bezsennych wstawałem rano jeszcze bardziej zmęczony niż wieczorem. W tych warunkach Evipan okazał się dla mnie środkiem nadzwyczaj pożytecznym. W przypadkach, gdy wzywano mnie w nocy do chorego, zażywałem zaraz po ponownem położeniu się do łóżka tabletkę Evipanu, którą popijałem niewielką ilością wody; mniej więcej po 15 minutach zasypiałem spokojnie i budziłem się nad ranem bez najmniejszych objawów działania ubocznego lub następczego. Nigdy nie odczuwałem po Evipanie bólów albo zawrotów głowy. Działanie nasenne Evipanu było pewne i nie zawiodło ani razu. Na podstawie własnego doświadczenia mogę śmiało doradzać każdemu lekarzowi, aby w przypadkach tego rodzaju bezsennych nocy zawsze zażywał tylko Evipan.

Evipan wypróbowałem również na moim materjale szpitalnym i przekonałem się. że działanie Evipanu nie zawiera czynnika przeciwbólowego. Jest to środek czysto nasenny i dlatego w przypadkach bezsenności wskutek bólów Evipan zawodził. Doskonałem natomiast było działanie Evipanu przy wszystkich nerwowych zaburzeniach snu; w stanach podrażnienia psychicznego Evipan szybko uspokajał i sprowadzał upragniony sen. Tak np. podawałem z bardzo dobremi wynikami Evipan w przededniu zabiegów operacyjnych. Bardzo dużą ulgę sprawiał Evipan również u kobiet z zaburzeniami nerwowemi podczas miesiączkowania.

Evipan przedstawia niewątpliwie najlepszy środek nasenny przy zaburzeniach snu, które nie powstają na podłożu organicznych bólów. lecz są pochodzenia nerwowego.

Dr. J. Kimeswenger
Ordynator Szpitala w St. Veit.

Meningitis cerebrospinalis.

Autorzy opisują historję choroby pewnej 44-letniej kobiety, u której stopniowo rozwinęło się zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Początkowo zastosowano surowicę meningokokową i wstrzykiwano codziennie w ciągu 4 dni po 30 — 50 cm³ dolędźwiowo i 60 do 100 cm³ domięśniowo. Terapja ta pozostała jednak bez wyraźniejszego wpływu na przebieg choroby. Następnie, wobec bezskuteczności seroterapji, autorzy zwrócili się do Trypaflaviny i wstrzyknęli 0,4 g dożylnie. Pod wpływem Trypaflaviny gorączka szybko opadła i meningokoki zniknęły z płynu mózgowo-rdzeniowego, który zabarwił się bardzo mocno na żółto. Po następnem wstrzyknięciu Trypaflaviny poprawa postępowała dalej, gdy nagle wystąpiły objawy uboczne pod postacią znacznego zmniejszenia się diurezy i silnej azotemji; ponadto zaburzenia żołądkowo - kiszkowe. Wszystkie te przykre objawy stopniowo cofnęły się, nie pozostawiając żadnych śladów i chora powróciła wreszcie do zupełnego zdrowia.

Dr. Routier i dr. Lenègre.
(Journ. de Méd. de Paris 1933, tom 53, Nr. 25).

Leczenie tężca Avertiną.

Autor omawia historję choroby 3 chorych dotkniętych tężcem. Leczenie polegało na stosowaniu surowicy przeciwtężcowej oraz wlewaniach per rectum Avertiny w dawce 0,1 g na kg wagi chorego. Częstokroć osiągano w ten sposób całkowite uśpienie, które utrzymywało się w ciągu 5 godzin, poczem w ciągu następnych 2 — 3 godzin jeszcze ujawniało się dalsze, już łagodniejsze działanie usypiające. Avertina nie powodowała mdłości lub wymiotów, ani wogóle żadnych niepożądanych objawów działania ubocznego. U wszystkich 3 pacjentów sprawa chorobowa zakończyła się pomyślnie.

Dr. F. A. Harrison.
(Central States Pediatric Society, Am. Journ. Dis. Child 1933, luty).

Pantocaina w okulistyce.

Znieczulenie po wkropleniu do oka kokainy (4%) rozpoczyna się po 90 sekundach i trwa 7 — 12 minut, znieczulenie zaś po wkropleniu 1 lub 2%-owej Pantocainy zaczyna się już po 50 — 60 sekundach i trwa 8 — 10 — 12 minut. W przeciwieństwie do kokainy Pantocaina żadnego wpływu na ciśnienie oczne nie wykazuje. Znieczulenie infiltracyjne zapomocą 2%-owej Novocainy trwa 2 do 3 godzin, znieczulenie zaś zapomocą 1‰-owej Pantocainy — $1^1/_2$, zapomocą 2‰-owej — 5 godzin. Zupełne znieczulenie trwało przy Novocainie 1 godzinę, przy Pantocainie $^1/_2$—2 godzin.

Dr. Gnanadickam.
Szwedzki Szpital Misyjny w Tirupatur.
(Ind. Med. Gaz. 1933, Nr. 7).

Epidemja gorączki gruczołowej.

Autor leczy gorączkę gruczołową *Pfeiffera*, przebiegającą często z ciężką anginą, zapomocą Pyramidonu. Dzieciom od 2 do 4 lat podaje się 3 do 4 razy dziennie po 0,1, starszym dzieciom po 0,2 g Pyramidonu aż do spadku gorączki. Przy ponownem podniesieniu się ciepłoty autor znowu daje Pyramidon. Autor stwierdził, że pod wpływem Pyramidonu gorączka najpóźniej po jednym dniu ustępowała i objawy następcze były znacznie łagodniejsze. Ponadto stosuje się środki uspokajające i nasenne, jak Adalina.

Dr. E. Schulz.
Szpit. Wojsk. w Olsztynie.
(Münch. med. Wschr. 1933, Nr. 46).

Przyczynek do leczenia padaczki.

W czerwcu 1929 zostałem wezwany w nocy do pewnej odległej wioski. Pacjentem był syn tamtejszego gospodarza wiejskiego. Chory miał 22 lata i od 9 miesięcy prawie co noc dostawał napadów epileptycznych. Obecny napad był szczególnie gwałtowny; chory już przeszło od $^1/_2$ godziny był zupełnie nieprzytomny; całe ciało wyprężone, wstrząsane silnemi klonicznemi skurczami. Źrenice rozszerzone, nie reagowały na światło. Twarz sina, zęby zaciśnięte, krwawa piana na ustach. Dłonie kurczowo ściśnięte. Chory był dziedzicznie nieobciążony, gdyż zarówno ojciec jak i matka cieszyli się znakomitem zdrowiem. Pacjent zwracał się już kilkakrotnie o pomoc lekarską, lecz wszystkie dotychczas zastosowane sposoby leczenia okazały się bezskuteczne i napady powtarzały się uporczywie. Jak się później dowiedziałem, chory zużył już 10 butelek Mixturae nervinae, pozatem zapisywano mu wielokrotnie proszek makowca (Extr. opii 0,05). Jeden z lekarzy zastosował nawet wstrzykiwania pewnego preparatu białkowego. Rozczarowany niepowodzeniem leczenia pacjent zażywał ostatnio jakieś homeopatyczne ziółka.

Dla doraźnego uśmierzenia ciężkiego napadu padaczkowego wstrzyknąłem natychmiast 1 cm³ 20%-owego roztworu Luminalu „Bayera". Już po krótkim czasie napad się skończył i chory zasnął spokojnie. Zaleciłem, aby chory w ciągu najbliższych 3 dni przyjmował Luminal w tabletkach: rano 1 tabletkę à 0,1 g, wieczorem tabletkę à 0,3 g. Wobec tego, że napady występowały przeważnie w nocy, uważałem za właściwe podawać Luminal w ciągu najbliższych 3 miesięcy głównie wieczorem (0,3 g), a rano i w porze obiadowej zaleciłem po 1 Luminaletce (0,015 g). Dalsze leczenie w ciągu następnych 6 miesięcy polegało na przyjmowaniu 3 Luminaletek dziennie. Ogółem chory zażył około 100 tabletek Luminalu po 0,3 g i około 700 Luminaletek po 0,015 g. Wynik leczenia zapomocą Luminalu okazał się znakomity: napady już od pierwszego dnia zupełnie ustały i nie powtarzały się wcale. Wynik ten utrzymuje się aż do dnia dzisiejszego, pomimo że chory od wiosny 1930 przestał przyjmować Luminal. Młody człowiek wykonywa swą codzienną ciężką pracę w polu i należy nawet do związku sportowego.

Na uwagę zasługiwał w tym przypadku jeszcze niezwykły kształt czaszki pacjenta o typie wybitnie wieżowatym. Zdjęcie rentgenowskie wykazało nadzwyczaj głębokie Impressiones digitatae, które przyczyniały się prawdopodobnie do powstawania napadów padaczkowych.

Przypadek ten wykazuje, że jedynym istotnie swoistym środkiem przeciwpadaczkowym jest tylko Luminal. Stan chorego,

łeczonego różnemi innemi preparatami, stale się pogarszał i dopiero po zastosowaniu Luminalu napady odrazu ustąpiły. Jeżeli obojętne leki jak brom, walerjana nie usuwają napadów, to nie należy czekać zbyt długo, lecz zwrócić się odrazu do Luminalu (w dawkach dostatecznie dużych), a następnie z biegiem czasu przejść do Luminaletek.

Dr. Lutz, Muskau.
(Ther. Ber. 1934 Nr. 7—8).

W sprawie leczenia róży.

Pozwolę sobie do licznego szeregu czynników leczniczych, stosowanych podczas róży, dodać jeszcze jeden, który mi dawał znakomite wyniki, a który, jak mi się zdaje, nie jest dostatecznie znany ogółowi lekarzy. Mam tu na myśli Omnadinę, którą już od 8 lat stosuję w przypadkach róży jako jedyne lekarstwo, nie dodając do niej żadnych środków miejscowych. Zdecydowałem się zabrać głos publicznie i polecić Omnadinę jako doskonały preparat, gdyż nie zawiodła mnie ona ani razu, pomimo, że niektóre z moich przypadków należało uważać za bardzo ciężkie.

Wystarcza w ciągu dwóch kolejnych dni dokonać 2 domięśniowych wstrzykiwań; są one zupełnie niebolesne. Przypominam sobie zaledwie jeden przypadek, w którym należało wstrzykiwać trzykrotnie: była to ciężka róża na czole, która powstała jako powikłanie rany. Wskazanem jest dokonać wstrzyknięcia Omnadiny możliwie jaknajwcześniej. Jeden z moich pacjentów, który miał skłonność do uporczywych nawrotów róży, zgłaszał się do mnie każdorazowo jak tylko powstawały pierwsze początki zakażenia; jedno jedyne wstrzyknięcie Omnadiny zawsze wystarczało, aby niedopuścić do rozwoju choroby. Od kilku lat chory ten uodpornił się widocznie w stosunku do swego cierpienia, gdyż nawroty przestały się już powtarzać i pacjenta można uważać za ostatecznie wyleczonego.

Pierwsze wstrzyknięcie Omnadiny hamuje rozwój róży, drugie doprowadza do cofania się objawów. Chciałbym, aby niniejsza notatka skłoniła kolegów do sprawdzenia moich spostrzeżeń.

Dr. Oskar Huber.
(Schweiz. Med. Wochenschrift, 1933, str. 186).

Leczenie łuszczycy zapomocą Novocainowego bloku nerwowego.

Autor wykrył zupełnie przypadkowo sposób chirurgicznego leczenia łuszczycy. Sposób autora polega na tem, że wstrzykuje się $^1/_4$%-owy roztwór Novocainy (do 100 cm^3) i wykonywa 2 cięcia w różnych miejscach ciała, niezależnie od lokalizacji ognisk łuszczycowych; cięcia powinny przenikać aż do głębokich powięzi. Zwykle skóra po upływie 3 miesięcy od dokonania omawianego zabiegu oczyszczała się zupełnie. Odnośny materjał autora składał się z 16 chorych dotkniętych łuszczycą. Z pośród tych 16 chorych 5 pozostawało pod obserwacją powyżej 5 lat, przyczem nawrotów nie było wcale. Jedna pacjentka miała nawrót, lecz znacznie lżejszy niż przed operacją. O pozostałych chorych brak wiadomości.

Z biegiem czasu autor zaczął stosować wstrzykiwania Novocainy bez skórnych cięć; uproszczona ta metoda polegała na tem, że w różnych okolicach ciała wstrzykiwano śródskórnie i podskórnie $^1/_4$%-owy roztwór Novocainy aż do powięzi. Ogólna ilość wstrzykiwanego roztworu wynosiła około 100 cm^3. Ten drugi, łatwiejszy sposób leczenia zastosowano u 10 chorych dotkniętych łuszczycą i osiągnięto pomyślne wyniki. Tylko w jednym bardzo uporczywym przypadku nastąpił po upływie roku nawrót, który jednak po powtórnem wstrzyknięciu Novocainy znowu szybko ustąpił.

Dr. N. Rupassow,
Klinika chirurgiczna w Kazaniu.
(Kazan. med. Journal 1933, Nr. 29).

Leczenie odry amidopyriną.

Materjał obserwacyjny autorów składał się ze 194 dzieci chorych na odrę. Połowie pacjentów podawano amidopyrinę, drugą zaś połowę pozostawiono dla kontroli na leczeniu obojętnem. Czas trwania gorączki, wysypka i inne objawy chorobowe okazały się w obu grupach zupełnie jednakowe; różnica dotyczyła jedynie krzywej gorączkowej, która pod wpływem amidopyriny przebiegała na niższym poziomie. Od powikłań amidopyrina nie chroniła. Amidopyrina przed-

stawia więc cenny środek przeciwgorączkowy, lecz nie można jej uważać za środek swoisty dla leczenia odry.

Dr. Borowski i dr. Steigmann, Chicago.
(Journ. of. Am. Med. Ass. 1933, Nr. 23).

Hemofilja i kobiecy hormon płciowy.

Wobec tego, że kobiety mogą przenosić krwawiączkę na swych synów, podczas gdy córki nie wykazują żadnych objawów skazy krwotocznej, autor zastosował u dwóch chorych mężczyzn, dotkniętych ciężką hemofilją, leczenie żeńskim hormonem płciowym w postaci stosowania wyciągów jajników i przeszczepienia jajnika. Wynik okazał się bardzo dobry.

Dr. H. L. Birch, Chicago.
(Journ. amer. med. Ass. tom 97).

Spostrzeżenia nad uśpieniem Evipanowem

Przygotowanie dożylnego uśpienia evipanowego zapomocą morfiny autor uważa za niepotrzebne. W razie nieudanego wstrzyknięcia dożylnego przeniknięcie Evipan-Natrium do tkanki podskórnej wywoływało zupełnie nieszkodliwe, przemijające nacieczenie miejscowe bez żadnych przykrych powikłań. Dawka Evipanu. przenikająca pod skórę, jest oczywiście dla działania nasennego stracona. Najwyższa zastosowana dawka ogólna wynosiła 14 cm³ i dawki tej nigdy nie przekraczano. Już w kilka minut po obudzeniu się pacjenci odzyskują całkowitą jasność umysłu i mogą nawet wstać. Zaledwie w jednym jedynym przypadku obserwowano po obudzeniu się trwający kilka godzin stan zapaści z uporczywemi wymiotami. Przypadek ten dotyczył poważnej operacji brzusznej, tak że ściślejsze ustalenie stopnia udziału samego uśpienia w zaburzeniach pooperacyjnych jest bardzo trudne. W 25% przypadków występował po obudzeniu się spokojny sen trwający od 1 do 4 godzin.

Dr. M. M. Kaspar.
Klin. Chir. Miejsk. Szpit. Powsz.
w Norymberdze.
(Med. Welt. 1933, Nr. 36).

Uśpienie zapomocą Evipan-Natrium przy operacjach okulistycznych.

W przypadkach operacyj ocznych dostateczna dawka Evipanu-Natrium wynosi 4 do 6 cm³. Żadnych znaczniejszych zmian w ciśnieniu krwi ani krwawień Evipan-Na nie powodował. U dzieci rozpoczyna się operację w 3 — 5 minut po zakończeniu wstrzyknięcia. Spostrzeżenia autora dotyczą 22 zabiegów okulistycznych dokonanych w uśpieniu Evipanowem. Wiek pacjentów wahał się od 4 do 78 lat. Operacje dokonane w uśpieniu Evipanowem były następujące: 2 iridektomje przy ostrej jaskrze, operacja zaćmy u 78 letniego starca, 3 enukleacje przy trepanacji i schizofrenji, 3 uszkodzenia urazowe, odcięcie tęczówki, wydobycie ciała obcego u 6-letniego dziecka, plastyka łącznicy, operacja zezą, exenteratio orbitae, iridektomja optyczna przy chorobie Basedowa i t. d.

Dr. J. Wolff.
Tow. okulistyczne w Berlinie.
(Klin. Wschr. 1933, Nr. 35).

Znaczenie zespołu angiospastycznego w stanach depresyjnych.

Autor obserwował 30 chorych dotkniętych stanami depresji. U 5 chorych stwierdzono objawy miażdżycy mózgowej. Chorych leczono wstrzykiwaniami Padutiny. Ciśnienie krwi i częstość tętna zmniejszyły się pod

wpływem Padutiny u chorych z miażdżycą mózgową w stopniu silniejszym niż u pozostałych 25 chorych. Również i nastrój przygnębienia zmniejszył się wyraźnie i to raz nawet u chorego z niemiażdżycowym stanem depresyjnym. Autor uzależnia powyższe pomyślne działanie lecznicze Padutiny od jej wpływu na stany angjospastyczne naczyń mózgowych, powstające w przypadkach miażdżycy tętnic mózgowych na podłożu urazu psychicznego i depresji. Padutina zwalnia skurcz i przyczynia się w ten sposób do poprawy.

Dr. L. Saarnio.
(Duodecim 1933, Nr. 10).

Leczenie gorączką wywołaną zapomocą szczepionki durowej.

Spostrzeżenia autora dotyczą 19 paralityków, 18 psychasteników, 15 epileptyków, 10 schizofreników, 4 tabetyków i 3 chorych dotkniętych rozsianem stwardnieniem rdzenia. Leczenie chorych polegało na wywoływaniu wysokiej gorączki zapomocą wstrzykiwania szczepionki durowej (zabite laseczniki tyfusowe). Z pośród 7 świeżych przypadków porażenia postępującego udało się osiągnąć remisję u 4, z pośród zaś 12 starszych paralityków tylko u 3. Trzej psychastenicy, którzy się poprawili pod wpływem leczenia, byli chorzy na kiłę. Z pośród 5 epileptyków, którzy się poprawili, dwaj również wykazywali objawy kiłowe. U schizofreników stwierdzono remisję jedynie w 2 przypadkach. Poprawił się również 1 przypadek wiądu rdzenia i 1 przypadek rozsianego stwardnienia rdzenia.

Dr. J. Marin Agramunt.
(Rev. argent Neur. Tom 5).

Trzyletnie stosowanie Salyrganu w przypadku wodobrzusza.

Sprawa dotyczy 19-letniej pacjentki, która zapadała często na ostre napady gośćca wielostawowego. Cierpienie zostało powikłane zapaleniem wsierdzia, po którem pozostała wada zastawki dwudzielnej. Chora zgłosiła się do autora z objawami ostrej niedomogi krążenia, z dusznością i sinicą. Z biegiem czasu powstały obrzęki kończyn dolnych i wytworzył się płyn w jamie otrzewnowej. Nakłucie jamy brzusznej sprawiło chorej ulgę, gdyż wypuszczono w ten sposób 5 litrów płynu przesiękowego. Chorą leczono naparstnicą, środkami uspokajającemi i moczopędnemi oraz od czasu do czasu wstrzykiwano Salyrgan. W ciągu całego roku trzeba było prawie co tydzień dokonywać nakłucia brzusznego; ilość każdorazowo wypuszczanego płynu wynosiła około 3—4 litrów. Stan ogólny chorej stale się pogarszał, tak że ostatnio nie była ona już w stanie opuszczać łóżka. Dopiero obecnie (po upływie roku) przystąpiono do regularnego stosowania Salyrganu, który co 3 — 7 dni wstrzykiwano domięśniowo w dawce po 1 — 2 cm^3. Nakłucia brzuszne stały się zbyteczne, gdyż wstrzykiwania Salyrganu wywoływały szybką i obfitą diurezę. Objawy niewyrównania krążenia ustąpiły i chora już po krótkim czasie odzyskała możność zajmowania się lżejszą pracą domową. Ogółem otrzymała ona dotychczas w ciągu trzech lat 175 cm^3 Salyrganu. Badanie czynnościowe nerek nie wykazało żadnych objawów uszkodzenia. Autor zaleca rozpoczynać wstrzykiwania Salyrganu od dawki 0,5 g; następnie, odpowiednio do wyniku moczopędnego i tolerancji, zwiększać stopniowo dawkę w miarę potrzeby do 1 — 2 i nawet 4 cm^3 (dożylnie lub domięśniowo).

Dr. C. Smith, Atlanta.
(Journ. Am. Med. Ass. 1934, tom 102).

Diastaza we krwi.

Określanie diastazy we krwi według *Ottensteina:* Niewielką ilość krwi mieszamy z 0,3-%owym roztworem glikogenu i umieszczamy na 2 godziny w termostacie. Obecna we krwi diastaza przetwarza w tym czasie glikogen na glukozę. Określamy następnie zawartość glukozy (po odbiałczeniu). Jeżeli od tej zawartości glukozy odejmiemy poprzednio określony cukier we krwi naczczo oraz uwzględnimy własną zdolność redukcyjną roztworu glikogenu, to otrzymamy miernik siły diastatycznej krwi. We wszystkich przypadkach, w których potrzebne jest określanie poziomu cukru we krwi, można z łatwością obliczyć w powyższy sposób również i diastazę we krwi.

Według *Katscha* prawidłowy poziom diastazy waha się między zawartością cukru 120 — 220 mg na 100 cm³ krwi. Zawartość diastazy jest zwiększona przy zapaleniu woreczka żółciowego (721), martwicy trzustki (304, 3000!), zakażeniu Banga, niedomodze nerek, wrzodzie żołądka, ostrym nieżycie kiszek grubych, zapaleniu przyusznicy i raku płuc. Zmniejszenie się zaś diastazy we krwi stwierdzamy przy cukrzycy, zaniku wątroby i raku żołądka.

Prof. dr. G. Katsch.
Uniw. Klin. chor. wewn. w Gryfji.
(Münch. med. Wo. 1934, Nr. 14).

Zachowanie się trypsyny przy ostrej martwicy trzustki.

Przenikanie trypsyny do krwi przy ostrej martwicy trzustki zwiększa ciężkość choroby. Chinina nie hamuje działania trypsyny, udaje się natomiast osiągnąć to zapomocą pochodnych akrydynowych Rivanolu i Trypaflaviny. Czerwień Kongo w roztworze 1 : 100000 zmniejsza jeszcze działanie Trypsyny do połowy. Najlepiej stosować po operacjach martwicy trzustki dożylne wstrzykiwania średnich dawek Trypaflaviny i 0,1—0,2 czerwieni Kongo.

Dr. J. Baumann, Marburg.
(Th. Gegenw. 1933, Nr. 7).

W sprawie uśmierzania bólu.

Autor omawia historję choroby pewnego pacjenta, który już od 30 lat cierpi na nowotwór twarzy.

Liczne zabiegi operacyjne oraz leczenie radem nie dawały pomyślnych wyników, tak że rozpadający się guz zniszczył z biegiem czasu dolną szczękę. Wydzielanie rany było bardzo obfite i cuchnące, wobec czego choremu trzeba było zmieniać opatrunek dwa razy dziennie. Zmiana opatrunku była bolesna, i w żaden sposób nie można się było obejść bez uprzedniego wstrzykiwania morfiny. Chory cierpiał jednak okropnie. Po bezskutecznem wypróbowaniu licznych środków uspokajających i przeciwbólowych autor zwrócił się do Valylu, który zalecił w dawce 3 razy dziennie po 2 kapsułki. Morfinę stosowano oczywiście nadal. Już po kilku dniach bezustanne bóle ustąpiły. W ciągu ostatnich 6 tygodni leczenie polegało jedynie na podawaniu Valylu i wstrzykiwaniach morfiny. Chory był nadzwyczaj zadowolony, gdyż poprzednio sama morfina nie sprawiała mu już dostatecznej ulgi, a uzupełnienie terapji Valylem przyczyniło się znakomicie do złagodzenia cierpień. Valyl działa powoli i zanim ujawni się jego działanie trzeba go zażywać w ciągu kilku dni.

Dr. V. E. Mertens.
(Mschr. Kresbekämpfung 1934 Nr. 21).

Śmiertelny krwotok mózgowy podczas napadu migreny.

Autor omawia niezwykły przypadek, dotyczący pewnej zasadniczo zdrowej młodej kobiety, która cierpiała jedynie na dokuczliwe migreny. Napady migrenowe występowały zawsze tylko podczas miesiączkowania. Pewnego razu pacjentka nie dostała swego zwykłego perjodu i nagle zmarła wśród objawów krwotoku mózgowego. Krwotoku tego nie można było wytłomaczyć niczem innem jak tylko migrenowym skurczem naczyń mózgowych. Skurcz naczyń uniemożliwia prawidłowe ukrwienie tkanek i pogarsza warunki odżywiania tkankowego. Otóż jeżeli skurcz tętnic względnie następujące po nim rozszerzenie przyjmuje znaczne rozmiary i utrzymuje się przez czas dłuższy, to może dojść do zgorzeli ściany naczyniowej i w związku z tem do krwotoku. Taki był prawdopodobnie mechanizm krwotoku mózgowego w omawianym przypadku. Za znacznym i długotrwałym skurczem naczyniowym przemawiały zmiany ischemiczne w komórkach zwojowych, tak zwane blade ogniska niedokrwieniowe. U 25 letniej kobiety stwierdzono duży krwotok mózgowy przy niezmienionych naczyniach mózgowych i bez żadnego urazu zewnętrznego. Jedyną przyczyną, która tu mogła wchodzić w rachubę, były migrenowe skurcze naczyń, występujące jednocześnie z miesiączkowaniem. Autor nie uważa jednak wielkiego krwotoku za krwotok per diapedesin, pomimo że krwawiącego naczynia nie udało się wykryć.

Dr. R. Peters,
Szpital Miejski w Wiesbadenie.
(Beitr. z path. Anat. u Path. 1934, tom 93).

SPRAWOZDANIE ZE ZJAZDU DELEGATÓW POLSKIEGO TOWARZYSTWA EUGENICZNEGO W ŁODZI.

Świeżo odbył się doroczny Zjazd delegatów Polsk. T-wa Eugenicznego w Łodzi, przy natłoczonej słuchaczami sali T-wa Lekarskiego, wywołując b. żywe zainteresowanie wśród świata lekarskiego i prawniczego oraz nauczycielstwa.

Otwarcia Zjazdu dokonał P. Dr. Mission — dziękując przedstawicielom województwa — Dyr. Stan. Skalskiemu, Staroście Dr. Wronie, Prezydentowi m. Łodzi i innym dygnitarzom. Następnie zaprosił na przewodniczącego zebrania Prezesa W-skiego Oddziału T-wa Eugenicznego — Dr. Leona Wernica; ten zaś powołał do stołu prezydjalnego Dyr. Skalskiego, Insp. Missiona, Nacz. Rosseta, Dr. Eichlera (prezesa Oddz. Eug. z Pabjanic). Dr. Lipińskiego (prezesa Oddz. Łuckiego), Dr. Mórawskiego z Wilna, a do sekretarjatu Dr. med. Ks. Sieńko i Dr. Klingera.

Pierwszy referat wygłosiła Prof. Eugenja Stołyhwo, na temat Zjazdu Międzynarodowego Eugenicznego w Zurichu. b. bogaty w treść, dając interesujące sprawozdanie z referatów odczytanych przez prof. Rudina, Verschuera, Mjoehna i innych.

Z referatu tego dowiedzieliśmy się, że w Niemczech poddano sterylizacji przeszło 2000 obłąkanych w ciągu trzech ostatnich miesięcy i, że przewidziane jest dokonanie w najbliższej przyszłości około 14.000 sterylizacji na osobach zgłaszających się dobrowolnie, a obarczonych dziedzicznemi ciężkiemi i nieuleczalnemi wadami z zakresu chorób umysłowych, cierpień zmysłów i t. d.

Również ciekawy był projekt badań regjonalnych eugenicznych z uwzględnieniem nietylko danych antropologicznych lecz psychicznych, chorobowych i obarczeń dziedzicznych (dodatnich lub ujemnych); w Niemczech przeprowadzają masowo tego rodzaju badania kosztem państwa, już od dłuższego czasu.

Polski projekt Ustawy Eugenicznej odczytała na Zjeździe Międzynarodowym P. Prof. Stołyhwo; zainteresowanie się nim było b. duże i Stany Zjednoczone, Kanada, Anglja. Niemcy i Norwegja zgłosiły prośbę do T-wa Eugenicznego o udzielenie projektu Ustawy Eugenicznej w Polsce, wydrukowanej w kwartalniku „Zagadnienie Rasy".

Następnie wygłosili odczyty: Dr. Wernic (projekt Ustawy Eugenicznej), Mec. Piotr Kon, który przewidywał możność sterylizacji pewnej ilości przestępców, skazanych ponad 10 lat więzienia; Dr. Hurewicz w sprawie art. 245-go, o odpowiedzialności za udzielenie zarazy wenerycznej; Dr. J. Nowakowski i Dr. Skusiewicz o działalności Poradni Przedślubnych; Dr. Mórawski z zakresu wychowania seksualnego, wreszcie P. Edw. Rosset z zakresu szerzenia się cierpień wenerycznych w mieście Łodzi.

Po odczytaniu referatów wywiązała się zajmująca dyskusja, następnie przystąpiono do odczytania sprawozdań z działalności 12-stu Oddziałów T-wa Eugenicznego i dokonano wyborów władz.

Sekretarjat
Dr. Sienko Ksawery.

Redaktor
Mr. Tadeusz Haładewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 478.
Cena prenumeraty rocznie zł. 6. półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni „Wzorowej", Warszawa, ul. Długa 20.

TREŚĆ:

NOTATKI TERAPEUTYCZNE:

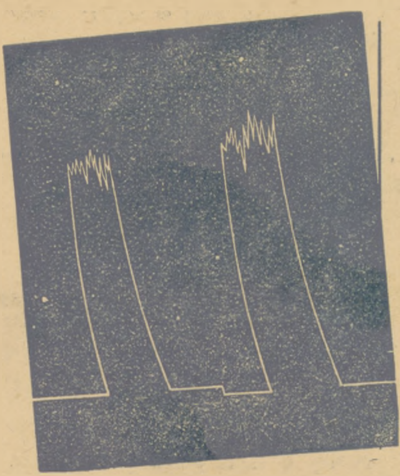
Orasthin

składnik hormonalny przysadki o wyłącznem działaniu na macicę.

Nowość!

Wybiórcze działanie na macicę przy słabości bólów, zatrzymaniu łożyska i krwawieniach poporodowych.

Orasthina nie wpływa wcale na ciśnienie krwi i nadaje się wobec tego do stosowania również przy rzucawce porodowej i nefropatji ciężarnych.



OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Orasthin (1 cm³ = 3 jednostki Vögtlina)

Pudełka po 3 ampułki à 1 cm³
„ „ 10 „ „ „

Orasthina „mocna" (1 cm³ = 10 jednostek Vögtlina)

Pudełka po 3 ampułki à 1 cm³
„ „ 10 „ „ „

»Bayer«

LEVERKUSEN n/R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:

Dom Agenturowy „REMEDIA"

E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5.